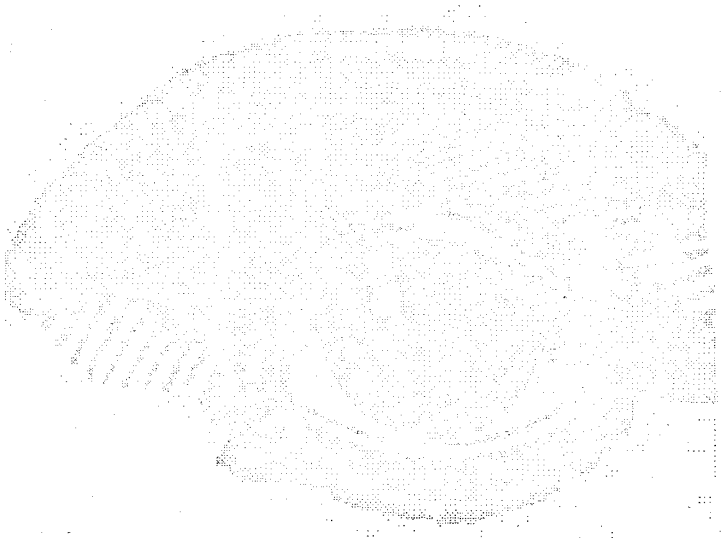
Francine Shapiro
Margot Silk Forrest

PREFAȚĂ DE
DAVID SERVAN-SCHREIBER

Ochi pentru vindecare

EDMR: terapia pentru învingerea angoasei, stresului şi traumatismelor



COULEURPSY
SEUIL

Francine Shapiro
Margot Silk Forrest

Ochi pentru vindecare

EDMR: TERAPIA PENTRU ÎNVINGEREA ANGOASEI, STRESULUI ŞI TRAUMATISMELOR

TRADUCERE DIN ENGLEZĂ (STATELE UNITE)
DE FRANÇOIS MOUSNIER-LOMPRÉ

PREFAŢĂ DE DAVID SERVAN-SCHREIBER

Titlul original: EMDR Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma

COULEURPSY
SEUIL

AVERTISMENTUL AUTORULUI ŞI AL EDITORULUI

Această lucrare nu este un manual de formare. Cititorul nu va găsi aici nicio informație completă despre uzul clinic al EMDR. Va trebui să o considerăm ca pe o privire generală asupra aplicațiilor clinice ale EDMR. Tratamentul trebuie dirijat, călăuzit de un terapeut cu diplomă, format în EMDR şi ales cu grijă.

În pofida numelui său* mişcările dirijate ale ochilor nu sunt decât una dintre formele de stimulare în metodologia complexă a EMDR. Studiile au arătat că este vorba de combinarea particulară a elementelor constituante ale EMDR care fac o metodă psihoterapeutică eficientă, chiar fără mişcările oculare. Protocoalele şi procedurile care formează metodologia generală a EMDR sunt indispensabile în acelaşi timp cu eficacitatea terapeutică globală şi securitatea clientului. Au fost raportate cazuri de vătămări cauzate de persoane care au vrut să utilizeze EMDR pe ele însele, sau de către terapeuți care nu aveau nicio formare apropriată şi au utilizat stimularea fără procedurile şi protocoalele care constituie, în ansamblul lor, tot ceea ce este EMDR.

Non-specialiştii nu trebuie să fie tentați să folosească singuri mişcări oculare, în afara cazului în care este prescris de un terapeut cu diplomă, cu formare în EMDR. Se recomandă clienților să se asigure că terapeutul pe care l-au contactat a urmat un curs de formare aprobat de Asociația Internațională EMDR (vezi anexa A). Numeroşi clinicieni dornici să învețe EMDR au urmat prin eroare formări în jurul unora ce pretindeau a fi «tehnicieni în mişcările oculare» şi au participat la ateliere conduse de oameni insuficient instruiți şi experimentați în această metodă. Nu trebuie să ne aşteptăm la efecte terapeutice comparabile cu cele relatate în această carte, atâta timp cât totalitatea abordărilor EMDR nu a fost utilizată, în mod apropriat, de un terapeut cu diplomă, format în EMDR şi experimentat.

Pronumele la persoana I, în această carte, se referă la Francine Shapiro, psihologul care a inventat şi dezvoltat EMDR.

O bună parte dintre nume şi unele circumstanțe exterioare ale vieții unora dintre clienți au fost schimbate în carte pentru a le respecta anonimatul. În măsura în care a fost posibil, ne-am străduit să dăm simptomelor şi travaliului terapeutic o prezentare fidelă cu realitatea.

---

* EMDR are semnificația: «desensibilizare şi reprocesare prin mişcările oculare» (eye movement desensitization and reprocessing). (Nota traducătorului francez = N.d.T)

MULȚUMIRI

Această lucrare este rezultatul unor eforturi îndelungate şi al muncii depuse de numeroşi colaboratori. Conținutul său a fost clădit pe experiențele unor persoane, şi eu sper că el le dă dreptate. Mulțumesc în mod special aici clienților care, cu speranța că aceasta i-ar putea ajuta şi pe alții, au acceptat să împărtăşească ceea ce au trăit. Țin să subliniez aici cu recunoştință contribuția particulară a psihoterapeuților: Judy Albert, David Blore, Jac Carlson, Cathy Davis, Nacy Davis, Ron Doctor, Jean Eastman, Sandra Foster, Chad Glang, David Grand, Lew Hamburger, Ad de Jongh, Tim Kaufman, Robert Kitchen, Laura Knutson, Deany Laliotis, Steven Lazrove, Andrew Leeds, Jennifer Lendl, Patti Levin, Howard Lipke, Joan Lovett, Marilyn Luber, Pavel Lushin, John Marquis, david McCann, Gerald Murphy, Daniel Merlis, A. J. Popky, David Price, Gerald Puk, Gary Quinn, Therese Rando, Graciela Rodriguez, Susan Rogers, Curt Rouanzoin, Beverly SCHONINGER, Elan Shapiro, Jocelyne Shiromoto, Steven Silver, Roger Solomon, Pablo Solvey, Sheryll Thompson, Robert Tinker, Linda Vanderlaan, Rosemary Vienot, Silke Vogelmann-Sine, Donald Weston, Geoffrey White, David Wilson, Sandra Wilson, carol York, William Zangwill şi Joan Zweben.

Fondatoare a EMDR, îmi exprim recunoştința pentru Margot Silk Forrest pentru extraordinarul talent de scriitoare, datorită căreia aceste expuneri ale suferinței şi transformării au putut fi expuse aici într-un mod atât de viu. Îi adresez mulțumiri deosebite lui Robbie Dunton pentru sprijinul neobosit pe care ea mi l-a acordat. Ca întotdeauna, nu aş fi putut să scriu această carte (nici să fac orice altă lucrare de creație, de la un capăt la celălalt al anului) dacă ea nu mi-ar fi eliberat orarul şi spiritul pentru această sarcină. Toate mulțumirile mele lui Robert B. Welch, Steven Lazrove şi Silviei Hines pentru munca lor în publicarea cărții, şi lui MaryAnn Gutoff pentru asistența tehnică. Scrierea unei cărți şi publicarea sa sunt sarcini herculeene iar succesul lor depinde de aportul şi ajutorul a numeroase persoane, înțelegând aici o întreagă echipă editorială. Pentru extraordinarele calități de suplețe, răbdare şi competență de care ea a dat dovadă, toată recunoştința mea pentru Gail Winston, editoarea mea de la Basic Books. Mulțumirile mele lui Richard Fumosa pentru vigilența şi menajarea cărții în cursul elaborării sale. Îmi aduc în mod egal recunoştința pentru aportul deosebit lui Ann Benner, Stephanie Lehrer, Gay Salisbury şi lui Stephanie Snow de la *Basic Books*. Recunoştința mea se îndreaptă spre agentul meu, Suzanne Gluck, pentru talentul şi susținerea multiformă. Recunoştința mea eternă tuturor prietenilor, tuturor colegilor, cu care m-am întâlnit de-a lungul anilor şi m-au ajutat să le împărtăşesc ceea ce întrezăream. Şi pentru a termina, mulțumirile mele speciale părinților mei, Danny şi Shirley Shapiro, şi lui Bob Welch, soțul meu, oaza mea.

F. S.

Vreau să adaug aici sincera mea recunoştință numeroşilor prieteni şi curajoasei echipe de la Healing Woman Foundation, care m-au susținut cu răbdare şi afecțiune în timpul scrierii acestei cărți.

M. S. F.

Prefață la ediția franceză

Toată eleganța și forța EMDR-ului, noua metodă de tratament al traumatismelor psihice, ține de rapiditatea cu care noi vedem pacienții eliberându-se de greutatea rușinii, tristeții, furiei cu care ei trăiau de câțiva ani.

În această primă carte tradusă în franceză, Francine Shapiro, cea care a fondat această metodă, ne face să retrăim excitația intelectuală a descoperirii sale și mai ales emoția profundă ce acompaniază ședințele EMDR. Pe parcursul fiecărui caz, înțelegem un pic mai bine aspectele acestei abordări unice: imperativul umanist (am vrut să zic «amabilitatea») în tratamentul tuturor persoanelor rănite de viață; necesitatea de a-i ajuta să-și regăsească propria lor capacitate de «auto-vindecare», de a-i ghida spre propria forță de viață, și a da importanță corpului și senzațiilor în vindecarea spiritului. Unele scene sunt atât de emoționante încât avem impresia că citim un roman. Cu toate acestea, toți cei ce au practicat EMDR au trăit ședințe comparabile și au știut că durerea pacienților lor nu avea nimic fictiv.

Francine Shapiro rezumă perfect descoperirea sa în aceste rânduri:
„Când o femeie a fost violată, ea poate fi într-o stare de șoc, poate tremura, poate sângera, dar cu îngrijirile medicale adecvate se poate vindeca în câteva săptămâni. Este ceea ce se așteaptă. Spiritul poate, și el, să fie în stare de șoc după un viol și poate forța victima să retrăiască indefinit agresiunea. Dar cu îngrijirile psihologice potrivite spiritul se poate vindeca în același ritm ca și restul corpului."

Ceea ce n-a fost decât o intuiție la început, contrar tuturor învățăturilor academice, a trebuit să-i fie consacrată toată viața și energia. Nimeni dintre cei ce au cunoscut-o pe Francine Shapiro nu a măsurat dovada solitudinii de precursor, încăpățânarea și răbdarea care i-au ajutat entuziasmul pentru a rezolva și alunga îndoiala permanentă; efortul care se impunea pe plan științific, grija de a convinge fără a brusca, de a transmite fără omisiuni cel mai mic detaliu; uzura orelor pe care le-a consacrat «îngrijirii» celor de care se va ocupa.

Caracterul autoarei care se desprinde din această lectură corespunde cu cel din realitate: o «mare doamnă», impozant, în același timp se menține dreaptă forța liniștitoare a prezenței sale, inteligența privirii și a gândirii sale analitice, și incredibila sa capacitate de a se îngriji de ceilalți. Găsim în mod frecvent aceste caracteristici la fondatorii carismatici ai unei noi școli de psihoterapie. După douăzeci de ani petrecuți în marile universități canadiene și americane, atunci când am întâlnit-o pe Francine Shapiro, mai degrabă mă îndoiam de carisma sa; nu era cunoscută în lumea științifică pe care eu o frecventam. Dar, urmând formarea în EMDR la care ea avea să mă invite, apoi citind lucrările sale, și, în cele din urmă, în cursul conversațiilor noastre, niciodată Francine Shapiro nu mi s-a părut a fi altceva decât o «cercetătoare», în sensul în care suntem toți. De-a lungul anilor, ea a insistat mereu pentru ca «descoperirea» sa să fie supusă aprecierii egalilor săi, a fost mereu gata să pună sub semnul întrebării și să revizuiască ipotezele sale, mai des decât mulți dintre colegii universitari sau confrații mei psihiatri sau psihanaliști.

INTRODUCERE LA EDIŢIA FRANCEZĂ

Pentru un psihiatru, descoperirea EMDR este fără îndoială evenimentul cel mai deconcertant – şi poate cel mai semnificativ – după înscăunarea psihanalizei acum o sută de ani şi a antidepresivelor acum cincizeci de ani.

E tulburător pentru că este aproape imposibil, pentru un medic sau un terapeut format în stil clasic, să accepte ideea că a face să se mişte ochii unui pacient care evocă scenele cele mai dureroase din viaţa sa – un viol pe care l-a suportat sau moartea unui copil – poate alina durerea sa într-o manieră ca aceasta. Ideea însăşi poate fi stranie, văzută contrar eticii profesionale de către cineva care are datoria să trateze prin mijloace mai potrivite sau mai recunoscute. Şi totuşi, există mai puţin de optsprezece studii controlate care demonstrează eficacitatea EMDR în tratamentul stărilor de stres post-traumatic, înţelegând aici şi doliuri traumatice. În 2004, evaluări independente făcute de societăţi savante ca INSERM în Franţa[1] sau Asociaţia Americană de Psihiatrie din Statele Unite[2] au clasificat EMDR ca un tratament eficient pentru stările de stres post-traumatic.

La fel de tulburător pentru că ceea ce descriu terapeuţii care practică EMDR este în acelaşi timp extrem de familiar şi perfect necuviincios. Se vorbeşte de travaliul de doliu îndeplinit, de amintiri traumatice «digerate», de transformări ale imaginii de sine – de fenomene descrise în manieră clasică în psihanaliză – dar aici este vorba de câteva şedinţe !

Tulburător în sfârşit pentru că, în ciuda abundenţei de dovezi care arată eficacitatea tratamentului EMDR, mecanismele de acţiune rămân prost înţelese. Este vorba de mecanismul care reorganizează memoria în timpul viselor (în timpul cărora ochii se mişcă de la dreapta la stânga în spatele pleoapelor închise) şi permit emoţiilor dureroase să se exprime şi apoi să dispară [3] ? Sau de o orientare bruscă a atenţiei care schimbă bătăile inimii şi toată fiziologia corpului, facilitând o reducere a anxietăţii[4], sau încă o stare de conştiinţă comparabilă cu cea a meditaţiei, în timpul căreia putem în acelaşi timp să suferim şi să ne observăm suferind şi, datorită acesteia, să vedem topită durerea în mod progresiv[5] ?

Dar este clar că EMDR ne uimeşte pentru că deschide un câmp nou şi vast spre relaţia între creier şi durerea psihică, şi, în acelaşi timp, spre potenţialul de vindecare care există în fiecare dintre noi. În aceasta constă semnificaţia acestei descoperiri.

Într-o zi, înainte ca eficacitatea EMDR să fi fost larg acceptată, profitam de o conferinţă la Washington pentru a întreba – cu multă ezitare de frica judecării sale – pe unul dintre cei mai mari cercetători americani în traumatismele psihice ce gândea despre EMDR şi Francine Shapiro. El m-a privit cu intensitate, ezitând şi el la rândul lui, neştiind dacă putea să-mi spună ceea ce gândea cu adevărat. Apoi, coborând puţin vocea, evitând riscul de a-i şoca pe confraţii noştri care treceau prin apropiere, mi-a spus: «dacă vreţi să ştiţi ce cred cu adevărat, eu cred că ea a descoperit ceea ce noi toţi căutăm de cinci zeci de ani, cred că merită premiul Nobel !»

Înainte de apusul soarelui pe falezele Pacificului în micul orăşel Sea Ranch, în nordul San Francisco, Francine Shapiro încheia o săptămână de lucru cu o echipă de formatori în EMDR veniţi din diferite regiuni ale Americii. «M-am simţit mult timp obligată să protejez EMDR contra atacurilor care ar fi putut împiedica evaluarea ei şi posibilitatea de a se servi de ea celor care ar fi avut nevoie. M-am bătut ca o mamă pentru a proteja copilul său încă fragil. Astăzi, nu mai am ambiţiile unei mame dar le

am pe cele ale unei bunici. Am făcut cea mai mare parte din munca mea, şi pentru EMDR veţi bate voi din propriile aripi, şi veţi vedea până unde poate merge». Scriind această carte, în mâinile voastre, mâinile publicului a vrut Francine Shapiro să pună EMDR. Fiecare poate să judece dacă poate găsi ceea ce are nevoie pentru a se vindeca.

David Servan-Schreiber
Doctor în medicină, doctor în ştiinţe
Profesor de psihiatrie clinică, universitatea din Pittsburg
Responsabil de curs, Facultatea de Medicină din Lyon

Anumite elemente din această prefaţă au fost publicate în prealabil în prefaţa primei cărţi în franceză în întregime consacrată EMDR: *EMDR, une révolution thérapeutique,* (EMDR, o revoluţie terapeutică), de psihanalistul Jacques Roques (Éditions La Méridienne/Desclée de Brouwer, 2004).

NOTE

---

[1] INSERM, *Psychothérapie: trois approches évaluées,* INSERM, Unité d'évaluation et d'expertise collective, 2004, Paris.

[2] American Psychiatric Association, *Guidelines for the Psychiatric Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder,* R. Ursano (dir.) and workgroup on ASD and PTSD, 2004, American Psychiatric Association, Washington.

[3] R. Stickgold, «EMDR: A putative neurobiological mechanism», *Jounal of Clinical Psychology,* 2002, 58, p. 61-75

[4] M. J. MacCulloch, şi A. L. Barrowcliff, «The de-arousal model of eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR), Part I: A theoretical perspective on EMDR», in «EMDR Europe 2nd Annual Conference: EMDR innovation in theory and practice», 2001, Londres

[5] D. Servan-Schreiber, «Eye-movement desensitization and reprocessing: Is Psychiatry missing the point ?», *Psyhiatric Times,* 2000, 17 (7), p. 36-4

Introducere la ediția franceză

Această carte a fost scrisă acum şapte ani. Între timp, multe lucruri s-au schimbat, au apărut întrebări noi, au fost făcute multe cercetări. Şi totuşi, principiile fundamentale care ghidează EMDR au rămas aceleaşi. E bine să amintim aici aceste principii, să recunoaştem schimbările intervenite şi cercetările efectuate şi să răspundem la anumite întrebări.

Există multe feluri de traumatisme

Pentru mulți dintre noi, traumatismele sunt în mod unic evenimente dramatice cum sunt cele pe care le vedem în ziare. În imaginația populară, persoanele traumatizate sunt combatanții, cei ce au suferit în catastrofe naturale sau atacuri teroriste. În sfârşit, după dicționar, este traumatizant *tot ceea ce are un efect negativ durabil.* Noi toți cunoaştem oameni care au pierdut locul de muncă, pe cineva apropiat, bunurile lor şi care au suferit grav. Când se pierde liniştea interioară, sau când nu am avut-o niciodată, aceasta poate avea serioase consecințe fizice şi psihologice, oricare ar fi cauza. Independent de factorii «declanşatori», cauzele sunt în general căutate în întâmplările anterioare ale persoanei. Noi numim aceste întâmplări traumatisme.

Putem trata traumatismele

Angoasa, stresul, vinovăția, furia şi frica, oricare ar fi cauza lor, sunt extrem de nocive pentru sănătate dacă persistă în timp. Din fericire, corpul se serveşte de un proces similar digestiei pentru a rezolva evenimentele de viață dificile. Aşa cum sistemul digestiv extrage elementele nutritive din hrana pe care o mâncăm, sistemul de prelucrare a informațiilor din creier, când funcționează convenabil, extrage informațiile utile din experiențele pe care le traversăm. Ceea ce învățăm din aceste informații ne permite să progresăm. Când sunt prelucrate amintiri neplăcute, emoțiile, credințele, reacțiile corporale şi gândurile care s-au legat sunt transformate pentru a deveni sănătoase şi adaptate. Uneori, totuşi, întâmplările negative rezistă nerezolvate, lăsând un reziduu de emoții care domină întreaga noastră viață cotidiană. Sistemul se vede blocat (aşa cum a fost obstruat de traumatism) şi are frecvent nevoie de asistență pentru a se repune în mod suplu pe făgaş. Aici intervine EMDR.

O terapie pentru corp şi spirit

Pentru cei mai mulți dintre oameni, a face o terapie înseamnă pur şi simplu a vorbi despre dificultăți. Totuşi, o particularitate a EMDR este că nu avem nevoie să povestim în detaliu un traumatism pentru ca el să fie «digerat» de sistemul personal de prelucrare a informațiilor. Global, este vorba de un tratament «de jos în sus» şi nu «de

sus în jos».[1] În alți termeni, încercăm să spunem care este dificultatea, tratamentul se face la un nivel fiziologic şi permite emergența spontană a noilor asociații, noilor prize de conştiință şi noilor emoții. EMDR cuprinde o seamă de proceduri particulare pentru asistarea acestei funcții «digestive» a creierului pe care neurobiologii o numesc «prelucrarea informațiilor».

Pentru numeroşi neurobiologi şi cercetători ai memoriei, traumatismele grave şi experiențele neplăcute care se suportă în viață sunt stocate într-o formă proastă în memorie[2]: în loc să fie stocate în memoria «explicită» sau «narativă», de unde le putem relua fără suferință, ele se găsesc stocate în memoria «implicită» sau «non declarativă», unde se află emoțiile şi senzațiile fizice care făceau parte din evenimentul inițial.

Cum aceste amintiri nu se pot conecta la alte informații mai utile, ele rămân izolate de alte întâmplări în rețeaua memoriei noastre. De exemplu, şi când vedem unele lucruri raționale acționând asupra altora şi nu asupra noastră înşine, şi când ştim că nu le putem reproşa nimic, noi nu vedem lucrurile în acelaşi mod ca atunci când e vorba de noi înşine.

Putem recunoaşte că victima unui viol nu trebuie blamată pentru actele violatorului, şi în acelaşi timp simțim în acelaşi mod o culpabilitate dacă ne regăsim în această situație.

De fapt, inteligența, gradul de spiritualitate, experiența sau instrucția persoanei nu au nimic de-a face cu asta: amintirile pot fi înmagazinate simplu într-o formă defectuoasă în memorie; persoana nu are niciun amestec, dar suferă.

Sistemul mnezic este în creier, şi creierul face parte din corp. Noi ştim bine: dacă ne tăiem, corpul nostru începe să se vindece, în ciuda unui obstacol, o aşchie de exemplu. Noi ne supunem unei operații pentru că ştim că corpul nostru se va închide şi îşi va vindeca rănile, aşa cum trebuie să o facă. Ne imaginăm că «problemele psihologice»sunt diferite. Totuşi, amintirile traumatice rezidă în creier, şi creierul este o parte a corpului şi se poate trata în acelaşi mod. Ne aşteptăm să vedem rănile fizice ale victimelor actelor violente vindecându-se în câteva săptămâni şi, totuşi noi gândim în plus, că vindecarea rănilor psihologice poate dura ani. Nu e neapărat aşa. În realitate, creierul se poate vindeca la fel de repede ca şi restul corpului.

Pe de altă parte, a face terapie EMDR este comparabil cu a avea brațele gipsate de către un medic: cele două boli sunt fizice, amândouă cer o asistență exterioară pentru prepararea, rectificarea şi stimularea mecanismului de vindecare înnăscut al corpului. Terapeuții EMDR sunt formați pentru a lucra cu sistemul de tratament al informațiilor, pentru a putea accede la experiențele perturbante ale clienților lor. După aceasta, trebuie abordate aceste experiențe pentru a aduce clientul la deplina sa stare de sănătate.

Pentru cine este făcută EMDR ?

EMDR a fost utilizată cu combatanții, pompierii, polițiştii, membri ai echipei de securitate, misionari – adică de oameni antrenați în a ajuta pe ceilalți «scrâşnind din dinți». Ei au venit să ceară ajutorul pentru că înțelegeau că nu era alt loc pentru tratarea spiritului decât corpul. Toată lumea poate să aibă nevoie de ajutor, şi nu e uşor să găseşti întotdeauna ajutorul de care avem nevoie. Dar există multe forme de terapie, şi zicând: «urmez o terapie , dar nu-mi face nimic», este ca şi cum am spune: «nu-mi plac

fructele: am gustat unul». Există sute de mii de terapeuți cu diplomă în sănătatea mintală numai în Statele Unite.

Există sute de tehnici și numeroase forme diferite de terapie. Terapeuții psihodinamici pot urma principiile și practicile numeroșilor terapeuți diferiți și renumiți, ca Freud, Jung, Horney, Adler etc. Terapeuții cognitiv-comportamentaliști sunt mai mult cognitivi, sau mai mult comportamentaliști, și se pot apleca asupra unei palete largi de tehnici ce vin din formarea lor și din experiența lor personală. În ceea ce privește EMDR, este o formă distinctă de terapie, ea are principii și practici care diferă de abordările citate mai sus și de altele. EMDR integrează aspecte din alte terapii dar oferă clientului o terapie diferită. Această carte prezintă exemple de terapie EMDR pentru ca voi înșivă, sau apropiații voștri, să puteți ști că faceți terapie EMDR cu terapeutul vostru, și nu o versiune deformată a acesteia.

Din nefericire, ceea ce s-a schimbat în cursul anilor care au urmat publicării lucrărilor EMDR , este că niciodată, în trecut, nu au fost afectați de traumatisme atât de mulți oameni. Putem să distingem, dacă se poate spune așa, «traumatisme cu T mare» și «traumatisme cu t mic». Traumatismele cu «T mare» sunt întâmplările ce permit stabilirea unui diagnostic de sindrom de stres post-traumatic (SSPT*). Catastrofele naturale, războiul, accidentele, bolile grave sau pierderea cuiva apropiat pot conduce la un diagnostic de SSPT la mulți oameni. Traumatismele cu «t mic» sunt evenimentele mai frecvente care vă dau impresia de a fi în pericol, de a nu fi iubit, de a îndura în loc de a stăpâni, de a nu mai avea motive de speranță. Acestea pot fi umiliri, eșecuri, pierderi de orice fel. Pentru un copil, poate fi vorba de o păcăleală, un refuz, sau chiar o pană la bicicletă. Evenimente ce păreau fără importanță unui adult pot avea efecte devastatoare pentru un copil, cu efecte durabile. Având în vederea starea actuală a lumii, constrângerile și incertitudinile au agravat dificultățile cotidiene înfruntate de adulți, și tot mai multe persoane au nevoie de ajutor mai mult decât înainte.

În timpul primei ediții a acestei cărți, erau douăzeci de mii de terapeuți formați în EMDR și aproape un milion de persoane fuseseră îngrijite cu EMDR. Cercetările o susțineau la fel ca celelalte abordări terapeutice, dar EMDR era necunoscută în numeroase cercuri și suspectă în altele. Astăzi, aproape șaizeci de mii de terapeuți au fost formați în mai mult de optzeci de țări și tot mai multe studii recomandă mai curând utilizarea ei decât alte forme de terapie a traumatismului. Se estimează la mai mult de două milioane numărul persoanelor tratate cu succes prin EMDR.

EMDR este eficientă ?

Societatea Internațională pentru Studiul Stresului Traumatic (ISTSS)[3] a recunoscut EMDR ca o terapie eficientă pentru traumatisme. În 2002, în Israel, Consiliul Național al Sănătății Mintale a desemnat EMDR ca una dintre cele mai bune trei metode de tratament al traumatismelor pentru victimele actelor teroriste.[4] În același an, Ministerul Sănătății din Irlanda de Nord recomanda EMDR ca una dintre cele mai bune două metode de tratament pentru victimele traumatismelor.[5] Mai recent,

* În franceză întâlnim de multe ori «stare de stres post-traumatic » (ESPT) și prescurtarea americană «PTSD» (*post-traumatic stress disorder*). (N.d.T.)

ministerele americane al apărării şi al veteranilor au publicat noi recomandări ce plasează EMDR printre terapiile ce prezintă probele cele mai sigure de eficacitate şi le recomandă pentru tratamentul SSPT[6]. Aceste instituţii şi-au fondat decizia pe numărul mare de lucrări de cercetare ce stabileau că EMDR este un tratament eficace şi durabil. Studiile au arătat că trei şedinţe de 90 de minute de EMDR elimină sindromul de stres post-traumatic de la 80 la 100 % dintre victimele civile ale unui traumatism unic, cum ar fi un viol, un accident sau o catastrofă naturală. Dacă aceste persoane au suferit traumatisme multiple, tratamentul poate dura mai mult timp. Cercetările arată că 8 până la 12 ore de tratament elimină sindromul de stres post-traumatic rezultat din traumatisme multiple la 77 până la 80 % dintre victimele civile. Un studiu subvenţionat de Kaiser Permanente* a arătat că 80 % dintre politraumatisme şi 100 % dintre victimele traumatismului unic şi-au văzut eliminate SSPT în medie cam în şase şedinţe. Cu toate acestea, nu trebuie să concluzionăm că putem trata toate simptomele indiferent de intervalul de timp care s-a scurs pentru că fiecare individ este posesorul unei construcţii diferite, în plan biologic, psihologic şi al dezvoltării. Cu toate acestea, aceste studii oferă terapeuţilor şi clienţilor un ghid pentru ceea ce se poate aştepta de la practica clinică (lista tuturor studiilor despre EMDR menţionate în această introducere se află în anexa C).

Având în vedere incertitudinile epocii noastre când bărbaţii şi femeile sunt angajaţi în război, ne putem bucura că EMDR este un tratament ce dă bune rezultate cu soldaţii. Potrivit singurului studiu randomizat♦ care a evaluat totalitatea tratamentului EMDR asupra veteranilor de război, 78 % dintre veteranii din Vietnam din eşantionul studiat, după douăsprezece şedinţe, nu mai sufereau de stres post-traumatic. Acest studiu completa un studiu de teren ce făcea parte dintr-un program de cercetare al Ministerului Veteranilor, şi numeroase articole raportau efectele pozitive asupra veteranilor din al Doilea Război Mondial, din războiul din Coreea şi din operaţiunile Furtună în Deşert. Aceasta arată că, chiar dacă simptomele durează de ceva timp, veteranii şi familiile lor îşi pot vindeca ravagiile cauzate de suferinţă (vom găsi în capitolul despre război descrierea detaliată a unui caz). Aceasta mai arată şi că şi cei ce sunt angajaţi în luptele cotidiene pe străzile oraşelor noastre, cum ar fi persoanele serviciului de urgenţă, pompierii, poliţiştii etc., pot în egală măsură să fie vindecaţi.

Pe de altă parte, oricare ar fi soliditatea personalităţii, acesta este punctul fundamental: amintirile pot fi înmagazinate într-o formă proastă în memorie. Gândurile intruzive, visele, emoţiile şi senzaţiile perturbante sunt produse toate de o dificultate psihologică pe care nu o putem rezolva fără să avem nevoie să recurgem la droguri sau la alcool pentru a masca suferinţa. În sfârşit, un studiu al Institutului Naţional pentru Sănătatea Mentală (NIMH) din Statele Unite a arătat că EMDR este superior Prozacului pentru tratamentul traumatismelor[7] Când se întrerupea medicaţia, simptomele reveneau, în timp ce persoanele tratate cu EMDR continuau să se simtă bine.

---

* Important sistem de ajutor reciproc din sănătatea privată cu obiectiv non lucrativ nord american, ce posedă în special o reţea de instituţii publice de sănătate ce traversează Statele Unite. (N.d.T.)

♦ Se repartizează fiecare participant într-un grup de terapie în mod aleator, pentru a minimiza diferenţele între grupuri (putem spune că tratamentul nu este ales în funcţie de moment, de locul sau de caracteristicile persoanei).

Dar în raport cu alte tratamente ?

Din momentul publicării acestei cărţi în 1997, comparaţiile între metodele de tratament au fost rare. La drept vorbind, nu exista din păcate niciun studiu al rezultatelor. Secţia clinică a Asociaţiei Americane de Psihologie a publicat un raport care evalua toate metodele de tratament pentru toate problemele clinice existente, pentru a stabili care aveau o eficienţă mai bună stabilită prin cercetări[8], şi ce raport arăta în mod clar carenţa ce exista în studiile rezultatelor.

Să ne mai mirăm că, în măsura în care studiile se întindeau pe parcursul deceniilor numai douăsprezece tehnici pentru tratamentul a circa douăsprezece probleme psihologice diferite şi-au văzut eficacitatea. Pentru a obţine această calificare, tehnica trebuia să fie declarată superioară alteia sau unui placebo în două studii. Din nefericire, nu numai tehnicile identificate erau puţin numeroase ci şi cele ce aveau să obţină o semnificaţie statistică, cele ce se limitau la a revela diferenţele între cifre în cadrul studiilor. Nu se punea problema de a şti dacă tehnica reducea simptomele suficient pentru a elimina suferinţa şi dacă efectele sale pozitive erau durabile. Altfel spus, în ciuda unui mic şi foarte redus franjure de reuşită sau a unui procent ridicat de abandonuri şi de recidive, putem declara că este o terapie eficientă.

În acel moment, se dădea în mod global aceeaşi calificare de «probabil eficientă» pentru EMDR şi a încă două forme de terapie cognitiv-comportamentală (TCC): terapia prin inocularea stresului şi terapia prin expunere. Nicio altă formă de terapie nu avea calificarea pentru tratamentul unei populaţii oarecare cu SSPT. În studiile care nu se consacrau EMDR, terapia prin inocularea stresului şi terapiile prin expunere, ce-l făceau pe pacient să-şi imagineze experienţa traumatică în biroul terapeutului, afişau în general un procent de reuşită de la 55 până la 60 % [9] [10]. Un studiu britanic care amplifica momentele de expunere reală, unde terapeutul duce clientul în locuri care-l tulbură în timpul şedinţei de terapie, făcea să urce procentul de reuşită până la 70 % [11].

EMDR a fost direct comparată cu tratamentele TCC în nouă studii controlate, şi rezultatele sunt acum clare. Pentru cei ce au luat măsuri evaluând sindromul de stres post-traumatic, EMDR şi tratamentul prin expunere (cu şi fără terapie cognitivă sau terapie prin inocularea stresului) sunt relativ echivalente. Şi totuşi, pentru a aştepta efectele lor totale, terapiile TCC se servesc de şedinţe adiţionale şi de o oră sau două de travaliu zilnic suplimentar la domiciliu. În studiile comparative, travaliul la domiciliu astfel prescris reprezintă de la 30 la 65 de ore. În plus, anumite studii comparând gradul de detresă resimţit în cursul primei şedinţe le declară inferioare la persoanele tratate cu EMDR[12] [13].

Un singur studiu randomizat compara EMDR şi terapia prin expunere arătând o superioritate a acesteia din urmă pentru două din zece unităţi de măsurare a simptomelor[14]. Era vorba de versiunea engleză a expunerii [15] (în acelaşi timp cu o expunere imaginară şi o expunere reală, clientul fiind acompaniat de terapeut în cursul şedinţelor, şi cam şaisprezece ore de travaliu suplimentar acasă). Toate celelalte studii randomizate reflectau practicile recomandate în Statele Unite; ele arătau în mod global rezultate echivalente, identice, cu diferenţe în numărul de şedinţe şi travaliul la domiciliu. Vom găsi o listă cu aceste diferite studii în anexa C.

Care sunt diferențele între EMDR și terapia prin expunere ?

Multe terapii cognitiv-comportamentale utilizează pentru SSPT expunerea; dar expunerea prelungită (EP) este cea pe care o preconizează cei mai mulți curanți. Terapeutul îi cere clientului să păstreze în minte experiența neplăcută, să identifice și să resimtă emoțiile care cresc, să descrie terapeutului totul în detaliu în timpul unei ore, unei ore și jumătate de fiecare dată, spunând de exemplu: «Simt durerea; văd sânge.» Nu se permite clientului să-și lase mintea să părăsească experiența trăită, deoarece se consideră că este vorba de o «evitare» și că persoana se va simți mai rău în continuare. Ședința este înregistrată și se cere clientului să o asculte din nou în fiecare seară până la ședința viitoare. În plus, clientul trebuie să-și recunoască fizic fiecare loc care a devenit neplăcut pentru el în urma traumatismului. Acesta poate fi locul unde s-a petrecut violul, sau locul accidentului de mașină. I se dă instrucțiunea de a rămâne în acel loc în jur de o oră pe zi, până când tulburarea pe care o resimte dispare.

Invers, ședințele EMDR cer clientului să se concentreze asupra unei părți neplăcute a amintirii, apoi să lase mintea să meargă în întâmpinarea a «tot ceea ce vine» în timpul secvențelor de mișcări oculare sau în alte forme de stimulare bilaterală. Clientul are dreptul să treacă numai un moment scurt asupra amintirii care îl tulbură. O oarecare detresă apare uneori, dar ea se diminuează de regulă la sfârșitul ședinței [16] [17] [18]., sau iese la suprafață o nouă înțelegere și noi prize de conștiință.

Un cercetător de la Harvard[19] a avansat ipoteza că această emergență este cauzată de același proces neurobiologic care se produce în cursul somnului cu mișcări oculare rapide (somnul REM*, în faza visului). Se știe că faza REM permite tratamentul experiențelor trăite, învățarea de competențe și reducerea tulburărilor afective.

Se văd cu ușurință asemănările între fazele REM și EMDR, deoarece EMDR are aceleași efecte. În sfârșit, unul dintre principiile directoare ale terapiei EMDR este să stimuleze tendințele naturale ale creierului de a trata informațiile, fără a păcăli sau a forța reacțiile clientului. Terapeuții EMDR sunt formați să ajute avansarea procesului de tratare a informațiilor, urmărind proceduri și protocoale coerente. Toate aceste caracteristici ale EMDR sunt explorate în capitolele acestei cărți.

Care este importanța mișcărilor oculare ?

EMDR nu este o simplă «terapie prin mișcări oculare». Este o abordare psihoterapeutică complexă, înscrisă în dicționarele de psihologie [20] alături de terapia psihodinamică, de terapia cognitivă, de terapia familială etc. Pentru a lua în seamă persoana în integralitatea sa, ea asociază puncte de vedere și proceduri inspirate din alte terapii. Acest fapt are semnificația că în loc să se centreze pe un singur aspect particular al tabloului clinic, oricare ar fi el, EMDR abordează emoțiile, gândurile, senzațiile corporale, atitudinile, comportamentele etc. Grație acestui mod de lucru, persoana este capabilă la final să simtă din nou bucuria, dragostea, să se atașeze, să se lege de ceilalți,

* REM: mișcări oculare rapide. (N.d.T.)

să se simtă bine în pielea ei. Procedurile şi protocoalele sunt toate combinate pentru a obține un succes global, pe care îl definesc reducerea simptomelor şi o capacitate mai bună de a trăi. Bineînțeles, şi vreau să subliniez acest lucru, toate formele de terapie au locul lor. Şi totuşi, fiecare îi face pe clienții săi să trăiască o experiență particulară, în cursul căreia ei pot să atingă obiective diferite. Chiar dacă ați urmat sau nu o terapie, această carte vă prezintă în mod particular ceea ce vă poate oferi EMDR.

În mod nefericit, în 1987, am inclus cuvintele «mişcări oculare» în numele terapiei. În 1990, atunci când numele EMDR era deja cunoscut, am descoperit că alte forme de stimulare puteau să funcționeze la fel. Atunci când nişte orbi au cerut să urmeze o terapie şi ei nu puteau mişca ochii, am descoperit că bătăile din palme şi sunetele mergeau la fel de bine. Mulți neurobiologi afirmă că bătăile şi sunetele funcționează pe acelaşi principiu ca mişcările oculare, provocând o reacție de «orientare sau de «interes» în creier, care favorizează tratamentul informațiilor. Alții spun că diverşi stimuli afectează «structura vizual-spațială a memoriei de lucru». Iar alții au susținut concepția pe care o voi expune în capitolul 6 al acestei cărți, după care EMDR se conectează la acelaşi proces ce se produce în timpul somnului la mişcările oculare rapide (somnul paradoxal în faza visului)[21]. De fapt, există multe teorii pentru explicarea eficacității EMDR[22], dar se ştie prea puțin despre fiziologie şi neurobiologie pentru a avea certitudini în materie. Este de altminteri cazul tuturor formelor de psihoterapie. Se ştie că unele lucruri merg pentru că vedem rezultatele, dar nu ştim de ce merg.

Nimeni nu poate explica la nivel neurobiologic de ce, de exemplu, terapia familială este eficientă. Nu ştim de asemenea cum acționează o mare parte dintre medicamente. Când s-au testat mişcările oculare, servindu-se de toate procedurile EMDR cu persoane diagnosticate cum se cuvine în plan clinic, rezultatele au fost contradictorii. Aceasta rezultă dintr-o certă mulțime de variabile, printre care alegeri eronate ale populației şi durate inadaptate de tratament. Aşa cum relevau recomandările ISTSS în 2000, analizele sunt impregnate de erori şi alte cercetări sunt necesare[23]. Mai recent, cu toate acestea, un anumit număr de experiențe au testat mişcările oculare izolate şi au stabilit că ele au efecte particulare. Mişcările oculare atenuează imaginile şi emoțiile negative şi favorizează conexiunile cu informațiile noi care sunt necesare pentru ca tratamentul informațiilor să se anclanşeze[24]. Şi totuşi, am mai spus-o încă, EMDR este mai mult decât mişcări oculare. Este o combinație de proceduri şi de protocoale, ghidată pe anumite principii. Dacă ne servim numai de mişcările oculare, nu facem EMDR.

Ce spun criticii ?

Ca de fiecare dată când apare un nouă formă de terapie, un cor de critici s-a auzit din momentul descoperirii şi prezentării în public a EMDR [25]. De la început, acești detractori au afirmat că EMDR nu merge deloc. Atunci când cercetările efectuate au început să arate că merg într-adevăr, ei au afirmat că EMDR este pur şi simplu o «terapie prin expunere», şi adăugau că mişcările oculare nu erau necesare. Dar criticii independenți şi cei ce făceau studii de-a lungul anilor despre terapiile prin expunere spuneau clar că componentele esențiale ale EMDR sunt diferite şi contraziceau teoria pe

care o suprapuneau cu terapia prin expunere[26] [27]. Aşa cum indică recomandările ISTSS: «Descoperirea că o procedură, utilizând expuneri multiple, scurte şi fragmentate la materialul traumatic, poate fi eficientă cere reexaminarea noţiunilor teoretice tradiţionale conform cărora o expunere prelungită şi continuă este indispensabilă (Eysenck, 1979 [28]) [29].» Faptul că EMDR obţine aceleaşi rezultate cu sindromul de stres post-traumatic ca şi terapiile prin expunere fără cele 30 până la 60 de ore de travaliu la domiciliu merită atenţie. În plus, opt studii ale componentelor, «mişcărilor oculare», arătau că mişcările oculare sunt un ingredient activ (vom găsi în anexa D o mică discuţie despre analiza componentelor şi a celor opt studii).

O dezbatere esenţială cu adevărat a fost declanşată de subtitlul american* al acestei cărţi. După apariţia ei în 1997, criticii afirmau că EMDR nu trebuie să fie calificată ca *progres decisiv* în măsura în care cercetările nu sunt suficiente. Ei protestau de asemenea prin raportare la faptul că terapia prin expunere era cel mai bun tratament, având cercetări care puteau să-i dovedească valoarea. De fapt, ei se înşelau, căci baza studiilor despre terapia expunerii nu era foarte bogată în acea epocă. Cele trei studii controlate orientate spre veteranii de război indicau un procent de reuşită de numai 30 %, cu o rată foarte mare de abandon (30 %)[30]. Singurul studiu controlat despre victimele civile nu raporta decât un procent de reuşită de 55 %, cu 28 % rată de abandon[31]. Din contră, cercetările experimentate în terapia prin expunere care au studiat EMDR cu veterani o declară superioară [32] [33], şi terapeuţii care aparţineau Ministerului Veteranilor erau atât de entuziaşti încât patru şefi de unităţi sanitare SSPT din Ministerul Veteranilor au ţinut conferinţe pentru promovarea utilizării sale[34]. În plus, cele trei studii complet controlate susţinând EMDR pentru victimele civile, cu 120 de participanţi combinaţi (de patru ori mai mult decât unicul studiu despre expunere), arătau că după trei şedinţe de la 84 până la 90 % nu mai aveau sindrom de stres post-traumatic [35].

Rezultatele acestor cercetări păreau să corespundă cu experienţa terapeuţilor pe teren, rezumată după cum urmează de Joseph Wolpe, unul dintre fondatorii terapiei comportamentale: «Sindromul de stres post-traumatic este în mod excepţional de stresant de tratat [...]. Recent, pronosticul a fost în mod spectaculos ameliorat prin introducerea desensibilizării prin mişcările oculare [care este] acum utilizată de un număr important de terapeuţi comportamentalişti, cu rezultate în întregime gratificante. Se obţine deseori o reducere marcantă a anxietăţii de la prima şedinţă, practic fără nicio tendinţă de recidivă[36].»

Toţi aceşti factori au dus terapeuţii la utilizarea EMDR văzând în aceasta un avans decisiv. Fiind date rezultatele cercetărilor, ceea ce cu şapte ani în urmă putea fi considerat prematur astăzi este clar, a şti că clienţii pot să obţină ameliorări constante şi durabile cu EMDR fără să aibă nevoie să descrie amintirea în detaliu, fără să rămână centraţi prea mult pe amintirea perturbantă, fără să-şi controleze fără încetare reacţiile, fără să utilizeze tehnici de perseverare, şi fără să se angajeze în 30 până la 60 de ore de travaliu la domiciliu.

Toate terapiile au locul lor, dar un avantaj al EMDR este că nu e nevoie de mult timp pentru a şti dacă ea va aduce beneficii. De fiecare dată, rapoartele studiilor notează

---

* Subtitlul american al acestei cărţi este «Un progres decisiv în psihoterapie pentru tratarea angoasei, stresului şi traumatismelor». (N.d.T.)

o reducere a detresei în cursul primei şedinţe şi eliminarea efectelor unui traumatism unic în trei şedinţe. Acest fapt arată consumatorilor informaţi că-şi pot urma opinia într-un timp relativ redus. Acest fapt arată în egală măsură că terapeutul dumneavoastră şi dumneavoastră înşivă puteţi evalua progresul în fiecare săptămână. Nu e necesar să se aştepte luni de zile sau ani pentru a şti dacă am luat-o pe drumul cel prost.

Alt punct subliniat de critici. EMDR «serveşte la tot şi la nu contează ce». De fapt, ca şi TCC, se utilizează EMDR pentru abordarea unei largi palete de afecţiuni pe care le putem considera cauzate de un traumatism. Semnificaţia acestui fapt este că tulburările provocate de experienţele trecute par ameliorate prin EMDR. Este adevărat că ameliorarea acestor tulburări nu a fost încă stabilită prin studii, dar, am notat mai sus, este adevărată pentru o bună parte dintre tratamentele multor boli. Fiind dată întârzierea cercetărilor despre rezultatele şi nevoile urgente ale clienţilor, terapeutul are povara luării deciziei [37]. Cercetările stabilesc poate eficacitatea terapiei prin expunere pentru tratamentul unor fobii, dar este dificil să faci expunerea *in vivo* (adică să expui clientul unei situaţii redutabile) cu frica de a se sufoca, fobia de furtuni, de viespi etc. [38] (vezi anexele B şi D pentru studiile despre fobii şi crizele de panică tratate prin EMDR). Cercetările nu au validat într-adevăr nicio terapie pentru tratamentul unei bune părţi a tulburărilor cărora trebuie să le facă faţă terapeuţii practicieni. Este adevărat că mai trebuie studii la toate nivelurile. Şi totuşi, oamenii suferă azi, şi ei nu pot aştepta ca cercetarea să ajungă din urmă întârzierea ei.

Indicaţii pentru EMDR

Practica EMDR este fondată pe modelul tratamentului adaptativ al informaţiilor. Ca şi terapiile psihodinamice şi comportamentale, principiile EMDR sunt independente de mecanismele neurobiologice particulare. Toate modelele de psihoterapie servesc la explicarea efectelor clinice, la prevederea rezultatelor pozitive pentru anumite tipuri de probleme şi ghidează practica clinică. Conform cu modelul său de tratament adaptativ al informaţiilor, EMDR abordează evenimentele de viaţă care au contribuit la apariţia dificultăţilor. Dacă unele probleme pot avea un fundament biologic, de exemplu unele forme de depresie, cea mai mare parte dintre ele sunt fondate pe experienţe trăite, sau sunt sub influenţa acestora. De exemplu, în capitolul 4, o afirmaţie extrem de brutală făcută asupra unei figuri de autoritate poate avea un efect durabil şi devastator asupra unei femei, până când ea face o terapie.

Cu toate că o mare parte dintre cercetările consacrate EMDR se centrau pe sindromul de stres post-traumatic, multe alte utilizări au fost raportate în revistele clinice. Unul dintre aceste articole explică faptul că, pentru şapte persoane venite în terapie convinse că aspectul lor fizic avea ceva oribil, cinci şi-au dat seama că această convingere era construită sub impactul emoţional al unei insulte deplasate[39]. Ele au fost tratate cu succes în trei şedinţe de EMDR.

Părerea pe care o avem despre sine este fondată pe experienţele noastre anterioare. Toate persoanele care au impresia că ele nu pot fi iubite, că nu sunt utile pentru nimeni, că se simt vinovate pot afla rapid dacă EMDR le poate ajuta. Dacă acest tip de dificultăţi vă apasă personal sau apasă pe cei apropiaţi, puteţi găsi ajutor pe

parcursul câtorva săptămâni (veți găsi o listă de dificultăți care au fost descrise în articole profesionale în anexa B).

Este important de amintit că o bună terapie este o interacțiune între un client, un terapeut şi o tehnică. Dacă nu găsim terapeutul bun, nu facem o terapie bună. Este important ca publicul să fie informat şi clienții să se asigure că terapeutul pe care l-au ales are experiență şi o formare particulară în raport cu dificultățile pentru care este consultat. De exemplu, dacă vă confruntați cu problema drogului sau a alcoolului, e mai bine să vedeți un terapeut format în mod particular în domeniul toxicomaniei. Terapeuții ştiu când şi cum să utilizeze EMDR dacă au experiență şi formare potrivită. În alți termeni, EMDR trebuie mereu să fie integrată experienței de pe teren.

Este la fel de important să vă asigurați că terapeutul vostru, pe lângă calificarea sa în raport cu problema voastră specifică, a fost corect format în EMDR. Verificați dacă el a urmat în întregime un program certificat de Asociația Internațională EMDR * sau de Asociația Europeană de EMDR ** şi, dacă este posibil, că este membru şi se ține la curent cu ultimele progrese în EMDR.

Întrebați de asemenea, pe terapeutul vostru dacă, pentru el, EMDR este o «tehnică» sau o «abordare». Cu alte cuvinte, unii terapeuți nu se servesc de EMDR decât când simt că e ceva blocat, în loc să se servească sistematic de ea pentru abordarea în totalitate a tabloului clinic.

Pentru ca terapia EMDR să fie completă, terapeutul vostru trebuie să învețe o tehnică de autocontrol, ca cea de «**l'endroit sur**», înainte de a începe elaborarea directă prin mişcările oculare sau prin altă stimulare. Această tehnică, şi altele, vă vor ajuta să gestionați emoțiile voastre în timpul terapiei. Terapeutul trebuie să facă, în egală măsură, un rezumat complet al istoriei voastre pentru a identifica: 1) evenimentele anterioare care au creat condițiile dificultăților actuale, 2) situațiile prezente care provoacă tulburările, şi 3) competențele şi comportamentele care vă vor fi necesare în viitor. Poate nu ştiți care sunt aceste evenimente trecute, dar un terapeut competent vă va ajuta să le reperați utilizând o serie întreagă de tehnici pe care el le-a învățat în formarea EMDR şi care sunt la începutul lucrării mele pentru uzul profesioniştilor. Dacă terapeutul vostru nu a urmat o formare certificată şi nu a citit textul [40], nu trebuie să-l alegeți ca terapeut EMDR.

EMDR nu este o indicație bună pentru toată lumea. Dacă nu doriți să intrați în contact cu emoțiile voastre, dacă nu vreți să învățați tehnicile care vă pot ajuta, sau dacă dificultățile voastre sunt pur şi simplu somatice, EMDR nu este făcută pentru dumneavoastră. Tulburările care au drept cauză unică dezechilibrele pe care numai medicamentele le pot trata nu vor fi ameliorate prin EMDR. Şi totuşi, unele forme de depresie provin din experiențe trăite care au lăsat persoanei o impresie de neputință şi disperare. Vom găsi un astfel de exemplu în capitolul 12. Fiind dat timpul în care medicamentele trebuie să-şi facă efectul, punerea în scenă a unor şedințe de EMDR poate arăta că medicamentele nu sunt necesare[41].

Durata terapiei de care aveți nevoie depinde de numeroşi factori, ce țin de voința voastră de a face față emoțiilor voastre şi istoriei voastre personale. Persoanele care au

---

* www. emdria.org

** www. emdr-europe.org

suferit în copilărie o istorie lungă de maltratare nu vor fi vindecate în întregime doar în câteva şedinţe. Dacă cercetările despre sindromul post-traumatic arată că trei şedinţe de EMDR sunt suficiente pentru a trata un traumatism unic, este nevoie de mai multe pentru mai multe traumatisme. Nu este indispensabil să se trateze fiecare eveniment traumatic, dar trebuie cu toate acestea o terapie mai lungă. A domoli suferinţele evidente provenind dintr-o boală particulară nu e acelaşi lucru cu a descoperi sănătatea deplină, trebuie să fim conştienţi de aceasta. Tratamentul EMDR în întregime consistă în abordarea evenimentelor din viaţa persoanei care au contribuit simultan la dificultăţile sale, dar şi la desăvârşirea sa. La sfârşitul terapiei, putem evalua succesul ei prin capacitatea persoanei de a iubi, de a avea relaţii, de a se simţi în siguranţă şi a găsi plăcerea de a trăi.

(Recomandările pentru alegerea unui terapeut se găsesc în anexa A.)

De ce am scris această carte

Relatările care apar în carte sunt ale unor persoane reale, care au vrut să le povestim pentru a ajuta alţi oameni. În plus capitole care parcurg evoluţia şi structura EMDR, fiecare capitol descriind un tip particular de dificultate, ce a provocat-o şi modul în care ea a fost tratată. Acestea nu sunt singurele tipuri de dificultăţi pe care le putem trata cu EMDR, dar milioane de oameni se zbat inutil cu acest gen de simptome curente. Ţelul meu este să vă dau o bună înţelegere a următoarelor chestiuni: cui se adresează EMDR, de unde provin dificultăţile şi cum se derulează o terapie EMDR. Pe de altă parte, capitolul 12 al cărţii tratează limitele EMDR şi terenul său de utilizare. Vom găsi aici o descriere a lucrării realizate de asociaţia EMDR fără scop lucrativ HAP* (Humanitarian Assistance Programs) pentru a veni în ajutorul populaţiei defavorizate din Statele Unite şi din întreaga lume.

Ideea fundamentală pe care am împărtăşit-o mulţi, este că violenţa provoacă violenţă şi că traumatismele provoacă suferinţă în plus. Noi ne gândim că traumatismele nerezolvate trec la generaţia următoare, indiferent că e vorba de un membru al familiei sau altul, şi prin intermediul furiei, alimentează acum o bună parte dintre conflictele etno-politice de pe planeta noastră. Dacă vă gândiţi că terapia EMDR v-a ajutat, mulţumim că aţi luat în considerare să contribuiţi la a face accesibilă această terapie oamenilor care suferă din lumea întreagă (veţi găsi informaţii despre HAP şi activităţile sale în anexa A).

Scriind această carte, sper că cititorii se vor recunoaşte sau vor recunoaşte pe cineva apropiat şi vor vedea că –l putem ajuta. Îmi doresc de asemenea să arăt care este cea mai bună practică a terapiei EMDR, pentru ca clienţii să fie beneficiari bine informaţi şi să verifice că propria lor terapie este corect făcută. În multe dintre cazuri, clientul trebuie să fie pregătit să încerce travaliul de elaborare doar în câteva şedinţe. Nu este vorba de luni nici de ani pentru a şti dacă EMDR vă convine, vouă sau unui apropiat. Se poate ca ceea ce părea imposibil de modificat să se modifice în realitate. În orice caz nu e nevoie de mult timp să ne dăm seama de acest lucru.

F. S.

---

* Vezi site-ul www.emdrhap.org

NOTE

[1] B. A. van der kolk, «Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma», în F. Shapiro (dir.), *EMDR as an Integrativ Psychotherapy Approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism,* Washington. D. C., American Psychological Association, 2002, p. 57-83.

2 D. J. Siegel, The Developing Mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience, New York, Guiford, 1999.

3.E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman (dir.), Effective Treatements for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, New York, Guilford, 2000

4 A. Bleich, M. Kotler, E. Kutz, A. Shaley (2002), «A position paper of the (Israeli) National Council for Mintal Health: Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and the community».

5 CREST (2003), The management of Post Traumatic Stress Disorder in Adults, publicație a Clinical Resource Efficiency Support Team du département de la Santé, des Services sociaux et de la Sécurité publique d'Irlande du Nord, Belfast.

6 Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2004), VA/DoD Clinical Practice Guidelines for the Management of Post-Traumatic Stress, Washington, D. C.

7.B. Van der Kolk (novembre 2003), «Treatement outcome of fluoxetine versus EMDR in PTSD», colocviu ținut cu ocazia întâlnirii anuale a Societății Internaționale pentru Studiul Stresului Traumatic.

8 D. L. Chambless, M. j. Baker, D. H. Baucom, L. E. Beutler, K. S. Calhoun, P. Crits-Christoph, A. Daiuto, R. Derubeis, J. Derweiler, D. A. F. Haaga, S. Bennet Johnson, S. McCurry, K. T. Mueser, K. S. Pope, W. C. Sanderson, V. Shoham, T. Stickle, D. A. Wiliams, S. R. Woody, «Update on empirically validated therapies II», *The Clinical Psychologist,* 51 (1), 1998, p. 3-16.

9 E. B. Foa, C. V. Dancu, E. A. Hembree, L. H. Jaycox, E. A. Meadows, G. P. Street, «A comparison of exposure theraphy, stress inoculation training, and their combination in reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims», *Journal of Counseling and Clinical Psychology,* 67, 1999, p. 194-200.

N. Tarrier, H. Pilgrim, C. Sommerfield, M. R. Faragher, E. Graham, C. Barrowclough, «A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatement of chronic post-traumatic stress disorder», *Journal of Counseling and Clinical Psychology,* 67, 1999, p. 13-18.

10 Studiile de revenire arată un procent de succes de aproximativ 30%; *vezi* P. A. Boudewayns, L. Hyer, «Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patiens treated with direct therapeutic exposure», *Behavior Therapy,* 21, 1990, p. 63-87.

N. A. Cooper, G. A. Clum, «Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study», *Behavior Therapy,* 20, 1989, p. 381-391.

T. M. Keane, J. A. Faibank, J. M. Caddell, R. T. Zimmering, «Implosive (flooding) therapy symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans», *Behavior Therapy,* 20, 1989, p. 245-260.

11 I. Marks, K. Lovell, H. Noshirvani, M. Livanou, S. Thrasher, «Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring», *Archives General Psychiatry*, 55, 1998, p. 317-325.

12 G. I. Ironson, B. Freund, J. L. Strauss, J. Williams, «A comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based of EMDR and prolonged exposure», *Journal of Clinical Psychology* 58, 2002, p. 113-128.

13 S. Rogers, S. Silver, J. Goss, J. Obenchain, A. Willis, R. Whitney, «A single session, controlled group study of flooding and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war veterans: Preliminary data», *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 1999, p. 119-130.

14 S. Taylor, D. S. Thordarson, L. Maxfield, I. C. Fedoroff, K. Lovell, J. Ogrodniczuk, «Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 2003, p. 330-338.

15 Vezi nota 11.

16 Vezi nota 12.

17 Vezi nota 13.

18 S. A. Wilson, L. A. Becker, R. H. Tinker, «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1995, p. 928-937.

S. A. Wilson, L. A. Becker, R. H. Tinker, «Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1997, p. 1047-1056.

19 R. Stickgold, «Neurobiological concomitants of EMDR: Speculations and proposed research», *Journal of Clinical Psychology*, 58, 2002, p. 61-75.

20 Vezi de exemplu *Encyclopedia of Clinical Psychotherapy*, sub direcția lui M. Hersen și W. Sledge, New York, Elsevier Science, 2002, vol. 1, p. 777-785.

21 Vezi nota 19.

22 Vezi o scurtă discuție și referințe în anexa D.

F. Shapiro (dir), *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approcach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, Washington, D. C., American Psychological Association, 2002.

23 C. M. Chemtob, D. F. Tolin, B. A. Van der Kolk, R. K. Pitman, «Eye movement desensitization and reprocessing», *în* E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman (dir.), Effective Treatements for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, New York, Guilford, 2000.

24 J. Andrade, D. Kavanagh, A. Baddeley, «Eye-movement of post-traumatic stress disorder», *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 1997, p. 209-223.

A. L. Barrowcliff, N. S. Gray, T. C. A. Freeman, M. J. MacCulloch, «Eye-movement reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories», *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 2004, p. 325-345.

A. L. Barrowcliff, N. S. Gray, S. MacCulloch, T. C. A. Freeman, M. J. MacCulloch, «Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli», *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 2003, p. 289-302.

S. D. Christman, K. J. Garvey, R. E. Propper, K. A. Phaneuf, «Bilateral eye movement enhance the retrieval of episodic memories», *Neuropsychology*, 17 (2), 2003, p. 221-229.
D. J. Kavanagh, S. Freese, J. Andrade, J. May, «Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories», *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 2001, p. 267-280.
D. Kuiken, M. Bears, D. Miall, L. Smith, «Eye mevement desensitization reprocessing facilitates attentional orienting», *Imagination, Cognition and Personality*, 21 (1), 2001-2002, p. 3-20.
C. F. Sharplay, I. M. Montgomery, L. A. Scalzo, «Comparative efficacy of EMDR and alternative procedures in reducing the vividness of mintal images», *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, , 25, 1996, p. 37-42.
M. Van denn Hout, P. Muris, E. Salemink, M. Kindt, «Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements», *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 2001, p. 121-130.

25 Pentru o vedere generală a protestelor emise de critici, a fundamentărilor de multe ori neştiinţifice ale argumentelor lor şi a datelor reluate în mod imprecis, vezi articolele următoare:
L. E. Beutler, T. M. Harwood, «Antiscientific attitudes: What happens when scientists are unscientific ?», *Journal of Clinical Psychology*, 57, 2001, p. 43-51.
B. R. Perkins, C. C. Rouanzoin, «A critical evaluation of current views regardin eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifyng points of confusion», *Journal of Clinical Psychology*, 58, 2002, p. 77-97 (articol, în engleză, descărcabil la adresa www. perkinscenter.net).

26 P. A. Boudewyns, L. A. Hyer, «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD)», *Clinical Psychology and Psychotheraphy*, 3, 1996, p. 185-195.

27 R. K. Pitman, S. P. Orr, B. Altman, R. E. Longpre, R. E. Poire, M. L. Macklin, «Emotional processing during eye-mevement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder», *Comprehensive Psyhiatry*, 37, 1996, p. 409-418.

28 H. J. Eysenck, «The conditioning model of neurosis», *Behavioral and Brain Sciences*, 2, 1979, p. 155-199.

29 C. M. Chemtob, D. F. Tolin, B. A. Van der Kolk, R. K. Pitman, «Eye movement desensitization and reprocessing», *op. cit*, p. 151.

30 Vezi nota 10.

31 E. B. Foa, B. O. Rothbaum, D. Riggs, T. Murdock, «Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive behavioral procedures and couseling», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1991, p. 715-723.

32 Vezi nota 26.

33 Vezi nota 27.

34 N. Daniels, H. Lipke, R. Richardson, S. Silver (octombrie 1992), «Vietnam veterans treatment programs using eye movement desensitization and reprocessing», colocviu ţinut la întâlnirea anuală a Societăţii Internaţionale pentru Studierea Stresului, Los Angeles.

35 S. V. Marcus, P. Marquis, C. Saki, «Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting», *Psychotherapy*, 34, 1997, p. 307-315.

B. O. Rothbaum, «A controlled study eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disordered sexual assault victims», *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 1997, p. 317-334.

S. A. Wilson, L. A. Becker, R. H. Tinker, «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1995, p. 928-937.

S. A. Wilson, L. A. Becker, R. H. Tinker, «Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1997, p. 1047-1056.

36 K. Butler, «Too good to be true», *Family Therapy Networker,* 19-31, nov-déc. 1993, p. 24.

37 F. Shapiro, «EMDR twelve years after its introduction: Past and future researche», *Journal of Clinical Psychology*, 58, 2002, p. 1-22.

F. Shapiro, «EMDR and the role of the clinician in psychotherapy evaluation: Towards a more comprehensive integration of science and practice», *Journal of Clinical Psychology*, 58, 2002, p. 1453-1463.

38 A. De Jongh, E. Ten Broeke, M. R. Renssen, «Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status and conceptual issues», *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 1999, p. 69-85.

39 K. W. Brown, T. McGoldrick, R. Buchanan, «Body dysmorphic disorder: Seven cases treated with eye movement desensitization and reprocessing», *Behavioral & Cognitive Psychotherapy,* 25, 1997, p. 203-207.

40 F. Shapiro, *Eye Movement Desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures,* New York, Guilford, 2001, ediția a II-a.

41 Vezi nota 7.

1
Drumul spre descoperire

«Libertatea este ceea ce vom
face cu ceea ce ni s-a făcut. »
Jean-Paul SARTRE

Pierdută în gândurile sale, Linda Crampton revenea încet în camera sa pentru a termina să se dezbrace. Exact în acel moment, un vehicul încărcat cu două tone şi jumătate de explozibil sărea în aer la Federal Building Alfred P. Murrah, la un bloc distanţă. Deflagraţia a proiecta-o de-a lungul salonului şi al sufrageriei, strivind-o de zidul de la bucătărie; a recăzut pe pardoseală, inconştientă. Atunci, cu o forţă de necrezut, suflul bombei a proiectat în exterior tot conţinutul sertarelor din bucătărie şi a smuls cuptorul cu microunde din perete; totul se surpa peste Linda. Se întâmpla în 19 aprilie 1995, în Oklahoma City. Era ora 9 şi 2 minute.

Când Linda şi-a revenit , câteva minute mai târziu, apartamentul său era distrus. Tije de oţel ieşeau din pereţii de beton ca nişte degete răsucite. Toate suprafeţele erau presărate cu cioburi de sticlă de la un vitraliu care se plantaseră şi în pielea ei. Avea sute de tăieturi minuscule ce o făceau să sângereze, dar nu era grav rănită. Nu fizic, cel puţin.

Linda a escaladat dărâmăturile ca să vadă ce a mai rămas din uşa de la intrare. Voia neapărat să o găsească pe Anna, vecina sa, o femeie în vârstă ce era ca o mamă pentru ea. Intrarea, întunecată de fumul maşinilor care ardeau jos în stradă, semăna cu un câmp de bătălie. Oameni urlând, unii gemând. Era sânge şi sticlă spartă peste tot. Linda începu să bată în uşa Annei, încercând să o împingă, dându-i lovituri cu picioarele goale, bătând cu pumnii. Când a reuşit să deschidă uşa, prietena ei era acolo, în picioare, acoperită de bucăţi de sticlă, unele înfipte în faţa ei.

Împreună, ele au încercat să pătrundă în casa scărilor şi să coboare încet cele şaptesprezece etaje împreună cu alţi patruzeci de rezidenţi ce se aflau acasă în momentul exploziei, cam un sfert dintre persoanele ce locuiau în Regency Towers. Şi ei erau şocaţi şi plini de sânge. Printre ei era şi vecina de dedesubt, Aren Almon, al cărui bebeluş, Baylee, cu feţişoara lui de spiriduş, mergea la creşă în Murrah. Linda îi cunoştea bine, ea îi dezmierda părul lui Baylee când îl întâlnea la uşa ascensorului.

Când au ajuns la nivelul străzii, nu au deschis încă uşa, au mai coborât un etaj până la garaje. Explozia contorsionase şi înţepenise uşa basculantă, dar lăsase o

deschizătură îngustă jos. S-au întins pentru a se strecura pe dedesubt. Afară mai era încă mult fum; sute de oameni alergau, urlau, gemeau. Linda şi Anna s-au întors la dreapta, lăsând Murrah Building în stânga lor; au avansat cu poticneală şi s-au aşezat în mijlocul străzii. Cineva i-a dat Lindei un şervețel pentru a-şi şterge sângele. Tremura din cap până-n picioare. Mai târziu, un medic, văzând şervețelul plin de sânge, a venit să-i examineze rănile. «Nu aveți nimic, îi spuse el. O să treacă. Rămâneți aici. »

Dar Linda nu era bine. Pe parcursul săptămânii, era din ce în ce mai evident pentru familia sa, pentru prieteni şi colegi. În primul rând, a fost găzduită într-un motel împreună cu alte persoane evacuate; apoi au trimis-o la o prietenă apropiată. Nu mai avea niciun pic de autonomie. Nu ştia în ce zi şi în ce săptămână era. Trebuia să i se aducă aminte să mănânce, să facă duş, să se spele pe dinți şi să meargă la culcare. A început să piardă în greutate, într-un ritm de două kilograme pe săptămână. În toate nopțile se trezea urlând, plângând, leoarcă de transpirație, înspăimântată. Îşi petrecea zilele dormind şi scrâşnind din dinți până când a ajuns să-i tocească până la gingie; se auzeau scrâşniturile de dinți la o distanță de două camere. Dentistul i-a pus proteze pentru a o împiedica să-şi atace osul maxilarului.

După un timp, Linda şi-a reluat serviciul de reprezentant comercial dar «plutea în derivă» iar când ajungea la serviciu se aşeza la birou şi se punea pe plâns: uitase cum se procedează. Linda nu avea nicio amintire legată de atentat sau de înspăimântătoarea fugă din zgârie-nori împreună cu Anna. Era ca şi cum spiritul său era blocat la 19 aprilie la ora 9 şi un minut. Îşi plătise impozitele mereu la timp: era ultimul lucru pe care şi-l amintea cu claritate. După opt săptămâni, scăzuse până la treizeci şi opt de kilograme.

În 12 iunie, la birou, Linda vorbea cu patronul său Bob Harraldsen, un vechi prieten. Nu înțelegea bine ce îi spune el dar a sesizat cuvântul «bombă».

«Ce bombă ? întrebă Linda.

—Linda, eu cred că atentatul acela te-a tulburat rău de tot, spuse Bob.

Minte, îşi zise Linda. De ce mă minte ? N-a fost niciun atentat ! Şi brusc, începu să urle şi să arunce prin birou tot ce-i cădea în mână.

Patronul şi colegii Lindei au înțeles încă de când au revăzut-o după atentat că se simte foarte rău dar Linda a negat tot timpul. Spunea: «Mă simt bine, mă simt bine. Nu avem de ce să facem caz din asta.»

Când Linda s-a calmat în sfârşit, patronul a luat-o de-o parte. Eu cred că ai nevoie de ajutor, spuse.

—Nu, răspunse Linda. Am nevoie să stau acasă un timp să mă odihnesc, asta-i tot.

—Linda, spuse Bob. Sunt două luni de când nu te-ai întors în apartamentul tău, de când s-a întâmplat totul.»

Bob a trimis-o pe Linda, în lacrimi, la asociația Project Heartland, care avea ca scop să vină în ajutorul victimelor atentatului. Pe drum, Linda l-a pus să-i promită că nu-i lasă să o interneze. Îşi petrecuse copilăria într-un orfelinat şi nu voia să mai aibă de-a face cu o instituție, oricare ar fi aceasta.

La asociația Project Heartland, cei ce au primit-o pe Linda au estimat că acest caz depăşeşte competențele lor. S-au adresat unei clinici de psihiatrie situată la periferie, unde Bob a dus-o în aceeaşi zi. Psihiatrul a examinat această femeie cu alură

anorexică care a sosit în plină criză de isterie, agitată de tremurături de nestăpânit. A ascultat povestea lui Bob şi a pus punctul pe i: «Trebuie să vă internăm, spuse ea la final. Aveţi nevoie de tratament. Sunteţi foarte bolnavă.». Linda a dat înapoi gemând lung şi puternic. «Nuuuu !» Pentru a o proteja, Bob a prins-o de braţe şi a tras-o spre uşă. Psihiatrul făcu un pas în faţă pentru a interveni, dar văzând faţa lui Bob hotărâtă s-a oprit. Făcând o ultimă tentativă, ea le-a spus să meargă într-un loc ce se numea «Consultaţii gratuite EMDR».

Linda Crampton a fost încredinţată spre îngrijire unui psihoterapeut ce venea din alt stat. El făcea parte dintr-o echipă de treizeci şi şase de psihoterapeuţi formaţi în EMDR, care făcuseră benevol călătoria până în Oklahoma City pentru a veni în ajutorul victimelor atentatului. EMDR era încă la acel moment o formă relativ nouă de terapie, dar făcuse deja dovada în tratamentele rapide şi complete ale victimelor traumatismelor. Linda a implorat terapeutul pe un ton rugător. «Nu mă internaţi, ajutaţi-mă ! »

Un an mai târziu, ea descria primul său tratament EMDR ca « lucrul cel mai bizar pe care l-am cunoscut vreodată, după atentat». În prealabil la prima şedinţă, i s-au administrat Lindei testele şi prepararea clasică în EMDR. I s-a cerut să se gândească la un aspect particular al atentatului urmărind în acelaşi timp în faţa ochilor balansarea ritmată a mâinii terapeutului ce trecea prin faţa câmpului său vizual (aceasta este o componentă a tratamentului).

«Îmi amintesc că am plâns mult, spuse ea, şi că am avut impresia că priveam ceva ce urma să se întâmple. E ca şi cum m-aş fi aşezat într-o cameră şi mi s-ar fi arătat la video tot ce mi s-a întâmplat în acea zi. Am început să-mi amintesc totul. Mi-am amintit atentatul. Şi mi-am dat seama că suntem în iunie.»

EMDR a lansat procesul de vindecare al Lindei. Fiecare cu reacţia lui: «video-ul» Lindei rula timp de nouăzeci de minute străbătând toate momentele atentatului şi fuga sa. Când a ieşit de la şedinţă, Bob o aştepta. Dumnezeule, ai redevenit tu însăţi !», spuse el. Şi s-au pus pe plâns amândoi.

Seara, Linda îi telefonă fiicei sale şi îi povesti ce i s-a întâmplat.

«Doamne, mamă ! îi spuse fiica. Ai redevenit mama mea.»

După prima ei şedinţă de EMDR, coşmarurile pe care le avea Linda în urma atentatului s-au oprit şi ea a putut să-şi reia lucrul. După a doua, a încetat să-şi scrâşnească dinţii. După a treia, se simţea complet revenită la normal.

Dacă acest caz poate să pară uimitor, el este conform cu mulţimea celor pe care le raportează cei douăzeci de mii de psihoterapeuţi formaţi acum în EMDR, ca şi pacienţii (mai mult de un milion) pe care această terapie i-a ajutat. EMDR este o metodă de psihoterapie completă şi puternică, ce integrează cele mai numeroase elemente eficiente din toată seria de abordări terapeutice, înţelegând aici şi cura psihanalitică freudiană. În plus, ea utilizează mişcările oculare şi alte forme de stimuli ritmici, cum ar fi bătăile uşoare pe mâini sau succesiuni de note, care ajută sistemul de tratament al informaţiilor din creier să lucreze rapid.

Controversa acerbă, uneori violentă, care s-a iscat în jurul EMDR în presa de popularitate, în revistele profesionale şi pe Internet ne dă o idee bună despre puterea şi rezultatele ei. Scepticii spun cel mai adesea că este «prea frumos ca să fie adevărat». Trebuie să ne aşteptăm la controverse când o inovaţie este spectaculoasă, este evident. De altfel, recent, un participant [1] la forumul Internet du Veterans Affairs Medical

Center* a expus asemănările existente între dezvoltarea EMDR şi acceptarea progresivă a tratamentului tuberculozei prin acidul para-amino-salicylic (PAS). La început, se considera PAS cam suspect pentru că acest medicament era un derivat al modestei aspirine. Controversa a bântuit câtiva ani. Un autor care relata această rezistenţă explica «majoritatea, poate, dintre medici şi pacienţi au rămas sceptici în legătură cu vindecarea până când au văzut-o producându-se în faţa ochilor. Tuberculoza, care a fost până mai ieri un monstru înfricoşător, a fost atât de redutabilă, disperarea a fost atât de înrădăcinată, încât a fost nevoie de un deceniu de eforturi, de persuasiune înainte ca tratamentul să fie universal acceptat în practica medicală [2]». În acelaşi mod, pentru EMDR, scepticii au întrebat cum mişcările oculare, cum de altminteri nu contează ce altă tehnică izolată, puteau să aibă efecte atât de puternice. De fapt, dacă înlocuim termenul «sindrom de stres post-traumatic » cu cuvântul «tuberculoză» în citatul precedent, obţinem istoria EMDR. Dar, din fericire, zece ani de cercetări ** au stabilit eficacitatea EMDR.

Ca tot ce este nou, EMDR nu trebuie să fie acceptată fără spirit critic. Unul dintre avantajele ivite din mijlocul scepticilor îngrijoraţi, este de a-i face pe partizani să producă o cantitate extraordinară de probe pentru a-şi susţine afirmaţiile. În consecinţă, există acum numeroase studii controlate ce confirmă eficacitatea EMDR ca şi a altor tehnici de tratament al traumatismelor [3]. În cele mai recente studii [4], 84 până la 90 % dintre persoanele care au urmat un tratament EMDR (victime ale unui viol, ale unei catastrofe naturale, ale pierderii unui copil, ale bolilor catastrofice sau ale altor traumatisme) au ieşit din stresul post-traumatic în numai trei şedinţe. Rezultate la fel de impresionante erau necunoscute înaintea apariţiei EMDR. Alte tehnici psihologice de tratament al traumatismelor nu aveau mai mult de 55 % rată de succes în şapte până la cincisprezece şedinţe[5]. Şi totuşi, afirmaţii de acest gen presupun argumente extraordinare pentru a le susţine. Cercetările în curs confirmă eficacitatea EMDR; vor trebui totuşi, ca pentru toate celelalte metode psihologice, alte studii pentru a lărgi aceste rezultate, dar în acest timp povestirile clienţilor continuă să curgă.

Jurnaliştii, în lumea întreagă, au relatat deja numeroase succese ale EMDR. Metoda a reţinut atenţia mediatică a numeroase jurnale, printre care *Washington Post* şi *Los Angeles Time*, şi a numeroase reviste ca *New York* şi *Newsweek*. Există două reportaje pe CNN şi o acoperire TV locală peste tot în lume. Şi totuşi, pentru a sublinia ce poate fi această acoperire mediatică, anumite reportaje au fost preocupate de precizie mai mult decât altele [6]. Ca urmare, mulţi oameni au început să creadă, pe nedrept, că nu se utilizează în terapia EMDR decât mişcările oculare. Este total eronat.

Cu combinaţia sa particulară de elemente, EMDR nu lucrează numai asupra sentimentelor neplăcute ale persoanei, ci în egală măsură cu gândurile, senzaţiile fizice şi comportamentele legate de aceste sentimente. De exemplu, facem presupunerea: câinele unui băieţel a fost zdrobit. Câinele a împins uşa de la intrare cu botul, a fost azvârlit în stradă şi a fost rănit de o maşină. Băieţelul se simte poate trist şi furios pentru pierderea câinelui său, el se gândeşte că poate accidentul s-a produs din cauza lui («Ar fi trebuit să trag zăvorul.»). Fizic, el avea poate o senzaţie de apăsare în piept şi începea poate să verifice obsesional zăvoarele tuturor uşilor din casă, zi şi noapte.

---

* Centru medical al Ministerului Veteranilor. (N.d.T.)

** În momentul apariţiei acestei lucrări în Statele Unite (N.d.T.)

Cu EMDR, putem aştepta vindecarea, şi o vindecare relativ rapidă, a tuturor acestor aspecte ale doliului la copil. Sentimentele sale vor trece de la tristeţe la acceptare; ideile sale de culpabilitate se vor transforma în «Nu e vina mea», sau în ideea că nimeni nu e perfect, senzaţia de constricţie în jurul inimii va dispărea; şi el va înceta conduitele obsesionale. Cu EMDR, persoana în suferinţă nu are de aşteptat luni pentru a şti dacă terapia merge. Cei mai mulţi dintre oameni percep o schimbare la ieşirea din fiecare şedinţă. În maniera în care terapeutul este responsabil în faţa clientului său.

În EMDR, mulţi clienţi găsesc că tehnica, pentru a rezolva amintirile traumatizante, reactivează, în primul rând anumite aspecte. Unele şedinţe de EMDR pot fi epuizante, dar, când au trecut, sănătatea revine, persoana nu mai trebuie să lupte cu sentimente de disperare, de culpabilitate sau furie, sau să se protejeze constant contra pulsiunilor distructive. De fapt, ceea ce considerăm drept tulburări mentale provin în mare parte din modul în care este stocată informaţia în creier. Procesul de vindecare începe când eliberăm această informaţie şi îi permitem să ţâşnească afară. Eu consider acest proces de vindecare ca o activare a capacităţilor înnăscute de auto-vindecare psihologică a persoanei, aşa cum corpul se vindecă singur în cazul unei răniri. Această noţiune de sistem capabil de auto-vindecare are sens: în plan biologic şi emoţional, noi suntem toţi echipaţi pentru a supravieţui şi a ne conserva echilibrul mental.

EMDR pare să aibă o acţiune biologică directă asupra sistemului nervos, şi, cum noi posedăm acelaşi sistem nervos, consecinţele unor asemenea evenimente sunt larg previzibile. Ceea ce a trăit Linda în Oklahoma City i se poate întâmpla oricui. Fiecare dintre noi are trăsături particulare, dar noi vom putea dezvolta aceleaşi simptome devastatoare ca şi ea. Din fericire, în cele mai multe dintre cazuri, efectele traumatismelor sunt reversibile. Graţie unui tratament competent prin EMDR, putem uşura suferinţele care au fost uneori trăite de-a lungul deceniilor. Aşa cum Linda a putut găsi o uşurare după atentat, veteranii luptelor din Al Doilea Război Mondial şi adulţii maltrataţi când erau copii pot găsi alinarea graţie EMDR.

Unul dintre aspectele cele mai entuziasmante ale EMDR este numărul de persoane ajutate şi rata ridicată de succese obţinute. EMDR nu a reuşit numai cu traumatismele care au fost diagnosticate ca atare. Spiritul uman este de o complexitate prodigioasă, şi incidentul cel mai inocent în aparenţă de multe ori poate lăsa o marcă de neşters asupra psihismului şi comportamentului. Putem reduce aproape toate tipurile de suferinţă care s-au definit ca tulburări – practic toate durerile psihologice, oricare ar fi tipul lor – din trăiri anterioare, şi le putem trata. EMDR se adresează amintirilor din aceste întâmplări, dar nu să le întârzie, ele nu durează, ca în terapia tradiţională, cu anii. Este o terapie ţintită, orientată în prezent, ce se aplică cercetărilor celor mai recente din domeniul neuropsihologiei. Ea are şi avantajul faţă de alte forme de terapie de a nu se sprijini pe un tratament medicamentos pentru a obţine schimbări psihologice rapide. Adică se poate spune că, atunci când e utilizată într-un mod adaptat, nu are efecte secundare care afectează pe o durată mare şi nu ne temem de recidivă, aşa cum se poate întâmpla când încetăm un tratament medicamentos.

Datorită puterii EMDR, ea nu poate fi aplicată decât de un terapeut care are aprobare şi formare. Printre motivele care m-au făcut să scriu această carte, este şi dorinţa mea de a descuraja mica activitate la domiciliu a «terapiilor prin mişcări oculare» care s-au dezvoltat ca urmare a tapajului mediatic: aceste terapii nu aplică principiile, protocoalele şi procedurile pe care le utilizăm noi în EMDR; de multe ori, terapeutul nu a fost format prin metoda EMDR şi nici măcar nu e terapeut cu diplomă.

Este important pentru viitorii clienți să se asigure că vor fi tratați într-un mod responsabil de un terapeut EMDR; ei vor trebui să știe ce pot spera de la terapie. De exemplu, este capitală înțelegerea faptului că metoda EMDR poate fi de o rapiditate surprinzătoare, dar că nu este simplă.

Unul dintre obiectivele mele, scriind această carte, este de a pune EMDR în operă, în felul în care cititorii să vadă ei înșiși acțiunea sa – și puterea sa – înainte de a o utiliza. Vom găsi aici istoriile bărbaților, femeilor și copiilor care au recurs la EMDR pentru a se vindeca, printre altele, de ororile războiului, de traumatismele medicale, de experiența abandonului, de crizele de angoasă, de fobii, de moartea unui copil, de viol sau de toxicomanie. Toți și-au dat acordul pentru ca istoria lor să fie povestită, pentru ca alții să poată fi ajutați. Toate aceste povestiri sunt autentice și fără adăugiri. Terapeuții pe care îi veți întâlni în aceste istorii au fost formați în EMDR și o utilizează convenabil. Veți găsi, în rest, la sfârșitul lucrării, informații care vă vor permite să găsiți un terapeut format în EMDR [7].

EMDR pare să combine cu eficacitate și succes fiziologia și psihologia, numeroși oameni au fost determinați să-și revizuiască ideile despre sănătate, vindecare și interacțiunea corp-spirit. Personal, mi-am dovedit această nevoie în 1979, când am fost anunțată că aveam un cancer.

Cancerul (era în particular adevărat la sfârșitul anilor 70, când în mod frecvent era fatal) schimbă profund viața unei persoane care a fost atinsă. După chirurgie și raze, medicii mi-au spus. «Aparent nu-l mai aveți, dar el revine la unii pacienți. Nu știm la cine și nici cum. Mult succes.» Aceste cuvinte m-au șocat. Trăiam într-una dintre culturile tehnologice dintre cele mai avansate de pe planetă dar, în ceea ce privește propriul nostru corp, noi suntem încă în Evul Mediu ! Eu puteam să-mi ameliorez șansele, eram sigură.

M-am pus pe citit tot ce puteam găsi despre boală; am descoperit că a început să se vorbească de rolul stresului în declanșarea sau agravarea bolii, și în particular a cancerului. Cât privește recomandarea lui Norman Cousin [8] de a râde, cartea *Getting Well Again* de Simonton și Creighton [9] și câteva tratate de dietetică nepublicate, nimic din ceea ce citisem nu oferea decât sfaturi practice pentru a acționa de unul singur. Aveam sentimentul că trebuia să am pe undeva informații prețioase. De ce nu erau disponibile ? Când am învățat că forma de colită din cauza căreia sora mea a decedat la vârsta de nouă ani era acum considerată în legătură cu stresul, șocul pe care l-am resimțit se schimba în determinare. Am decis să-mi consacru forțele în găsirea informațiilor disponibile despre interacțiunea corpului cu spiritul, despre vindecare, și să public aceste informații: toată lumea avea dreptul să le știe.

Era începutul unui drum de aproape douăzeci de ani, care trebuia să înceapă cu ceea ce se cunoaște azi sub numele EMDR. La început, n-am căutat în mod particular răspunsuri în psihologie. Am căutat peste tot, în toate disciplinele, ceea ce putea să ajute oamenii să se vindece de boli grave. Căutam în ce mod ne putem servi de corpul nostru și de creierul nostru pentru a vindeca stresul evitând înainte de toate punerea vieții în pericol. Cercetările mele m-au făcut să parcurg țara în toate direcțiile și să particip la zeci de ateliere, de seminarii și de programe de formare. Pe parcursul călătoriei, am ajuns să întâlnesc toate felurile de formare în psihoterapie. Am terminat prin obținerea unui doctorat în psihologie clinică și prin a lucra ca cercetător asociat la Institutul de Cercetări Mentale din Palo Alto, în California, unul dintre leagănele terapiei familiale și a terapiei scurte. Dar să nu anticipăm.

Ideea de EMDR a germinat într-o după-amiază însorită din 1987. Am prins momentul să fac un tur în jurul unui lac micuț. Era primăvară. Înotau rațe și, pe imense peluze verzi, mame își întindeau cuverturi pentru a se alungi cu bebelușii lor. În timp ce mergeam, s-a produs ceva bizar. Mă gândeam la ceva tulburător, nu-mi mai aduc aminte ce, pur și simplu unul dintre acele gânduri negative obsedante pe care le remarcăm (fără să începem să le digerăm) până când le alungăm în mod expres. Lucrul bizar era că ideea mea obsedantă dispăruse. De una singură. Când mi-am readus-o în conștiință, mi-am dat seama că încărcătura sa negativă nu mai era acolo. Trebuie să mărturisesc că unul dintre eroii mei, la colegiu, era M. Spock, din *Star Trek*. Ca și el, am considerat întotdeauna emoțiile ca o provocare, dar nu am remarcat niciodată o schimbare atât de rapidă în gândurile și în sentimentele mele. Erau opt ani de când eram propriul meu laborator pentru cercetările despre legăturile corp-spirit, și această schimbare emoțională suscita interesul meu considerabil.

Parcurgând drumul, am început să mă observ cu atenție. Am remarcat că, de câte ori o idee deranjantă apărea în conștiința mea, ochii făceau spontan un du-te-vino. Ei urmăreau rapid și repetitiv o diagonală, de jos stânga spre sus dreapta. În același timp, eu notam ce idee dezagreabilă a ieșit din gândul meu și când o aduceam înapoi, nu mă mai deranja chiar atât. Eram intrigată. Am încercat să o fac deliberat: mă gândeam la ceva ce provoca în mine o mică anxietate și de această dată făceam intenționat mișcările rapide ale ochilor. Gândul dispărea și el. Și când îl aduceam înapoi în gândul meu, încărcătura sa emoțională negativă nu mai era acolo.

Zilele următoare, procesul continuă și eu am cerut și altora să încerce la rândul lor: prieteni, cunoștințe, studenți care erau interesați. Aceste persoane nu aveau nevoie de o terapie, dar toate au fost capabile să găsească o idee jenantă pentru a face experiența. Tehnica părea să meargă și la ei de asemenea, chiar dacă unii dintre ei aveau nevoie de ajutor pentru a-și mișca ochii în mod regulat. Am început să-mi ridic indexul și să le cer să urmărească cu privirea mișcarea lui rapidă în diagonală gândindu-se la ceea ce îi făcea anxioși.

Ajungând în acel punct, glumind despre această ușurare «cu ochii» a anxietății, mă gândeam că această tehnică putea fi o formă de desensibilizare: desensibilizarea este o procedură utilizată în terapia comportamentală pentru a reduce anxietatea pacientului față de un obiect specific. Pe parcursul încercărilor mele cu un număr crescător de oameni, am remarcat că, dacă mișcarea ochilor avea efectiv un efect de desensibilizare, cea mai mare parte dintre oameni nu se debarasau complet de anxietate. Mișcările ochilor pe diagonală nu erau suficiente pentru a asigura reușita. Am înțeles că trebuia să-i cer persoanei să modifice obiectul asupra căruia își fixa atenția (să treacă la un alt aspect care îi dădea anxietate) sau să facă mișcarea ochilor în mod diferit, poate pe orizontală, sau mai repede, sau mai încet. Am mai experimentat, mi-am mai dat seama că trebuia să dispun de alternative pentru a face să renască efectul pozitiv atunci când se bloca.

Cu alte cuvinte, lucrând cu primele șaptezeci de persoane, am descoperit că tocmai inventam o procedură ce mergea cu mișcarea ochilor pentru a disipa anxietatea durabil. Cu timpul, metoda mea a culminat cu includerea de elemente importante din toate marile școli de psihoterapie: școala psihodinamică (fondată pe lucrările lui Freud), comportamentalistă, cognitivă, sistemică și orientată spre corp. Fiecare dintre clienții mei îmi aducea idei noi despre aplicațiile clinice și mă ajuta să le rafinez și mai mult. Modificam simplu procedura prin încercare și eroare pentru ameliorarea rezultatelor.

Cum schimbările în imaginile, gândurile şi emoţiile persoanei se produceau (sau nu) foarte rapid (în general într-o singură şedinţă), era relativ simplu să le rafinez pentru a ajunge la o abordare globală.

De exemplu, sub forma sa cea mai elementară, clientul împreună cu mine reperam ceva uşor dezagreabil, cum ar fi o dispută cu un vecin. Ceream persoanei să se concentreze asupra disputei, îi ceream să se gândească la momentul cel mai penibil al scenei, şi apoi să înceapă mişcarea ochilor. Ţineam trei degete la distanţa de treizeci de centimetri de faţa persoanei şi mişcam mâna ritmic de la stânga la dreapta în câmpul său vizual. Fără a mişca capul, persoana urmărea mişcarea cu ochii. Noi continuam aşa fără încetare un anumit timp (să zicem un minut), ceea ce eu numesc o «secvenţă»; apoi ne opream şi vorbeam despre ceea ce s-a întâmplat. Dacă anxietatea sa nu se diminua prea mult, îi ceream persoanei să se centreze pe un alt aspect al disputei, de exemplu pe ceea ce a spus ea, şi începeam o altă «secvenţă». Când mergea, obţineam o schimbare rapidă din secvenţă în secvenţă. Am învăţat repede ce mergea cel mai bine şi ce nu trebuia să fac.

Cu o regularitate remarcabilă, oamenii relatau că gândurile lor deveneau mai pozitive, sau că imaginile mentale penibile dispăreau complet, cu tot cu anxietatea ce le acompania. A fost deseori o experienţă emoţională intensă şi am remarcat regulat importanţa unei preparaţii corecte cu persoana, odată cu o folosire competentă a tehnicii, utilizată într-un cadru apropriat. Metoda aducea rapid oamenii la considerarea rădăcinii problemei, nu numai în aparenţa sa, şi se întâmpla frecvent ca să revină amintiri neaşteptate.

De exemplu, în acea perioadă, o femeie mi-a cerut să utilizez această tehnică pentru a o ajuta să surmonteze fobia de a părăsi ţara. La început, ea evoca o imagine a ei însăşi în care sosea la aeroport, într-o ţară străină, rătăcită, disperată şi abandonată. Pe parcursul procedurii, îi veni o nouă imagine mentală: ea însăşi la şase ani, făcând cu mâna părinţilor săi într-o gară. Această amintire era pentru ea foarte dezagreabilă. Înainte, când încă nu rafinasem procedura, ea putea să se regăsească într-o detresă mult mai rea decât înainte. Dar, servindu-mă de câteva variante pe care le-am elaborat, am continuat până în momentul în care anxietatea sa legată de această amintire fu complet dezamorsată şi în care gândurile în legătură cu călătoria în străinătate fură trecute de la faza «Sunt incapabilă» la «Pot călători confortabil». Când am revăzut această femeie o lună mai târziu, ea se pregătea pentru o călătorie în Grecia.

Forme mai tradiţionale de psihoterapie puteau să o ajute pe această femeie. Dar psihanaliza avea nevoie de ani pentru a exhuma această amintire crucială din copilărie, fără să modifice comportamentul său, terapia cognitivă ar fi schimbat poate opinia sa proastă despre ea însăşi, dar rămânea fără urmări asupra efectelor ei; şi terapia comportamentală ar fi redus poate nivelul de detresă emoţională, dar nu ar fi ameliorat stima sa de sine. O schimbare rapidă a emoţiilor (dispariţia anxietăţii) şi a comportamentului (călătoria în străinătate), în acelaşi timp cu identificarea motivelor de detresă şi o modificare radicală a stimei de sine pe care o avea şi despre propriile capacităţi: iată rezultatele caracteristice EMDR.

Povestirile pe care le veţi găsi în această carte arată că putem acţiona asupra dificultăţilor emoţionale celor mai înrădăcinate. În aceste pagini, vă veţi recunoaşte, veţi recunoaşte un vecin, un membru al familiei voastre, un prieten. Toţi, cunoaştem frica, durerea, disperarea, culpabilitatea, sau o mânie mereu la fel de violentă de câte ori o anumită experienţă şi o anumită tensiune vin din aceeaşi direcţie. Această carte vrea

să se facă auzit că nu am fost forțați să rămânem prizonierii acestor emoții. De cele mai multe ori, oamenii încep o terapie pentru că știu că ceva nu merge. Există în ei un «eu» care se simte închis și care știe că altceva e posibil. Pe parcursul anilor, am ajuns să văd clar că acest «eu» este fundamental sănătos. EMDR este capabilă să facă să dispară blocajul care împiedică mișcarea naturală spre sănătate. Ea poate face să acceadă la prezent ceea ce am vrut mereu pentru noi înșine, un prezent în care ne simțim liberi, stăpâni pe viața noastră. EMDR a făcut să avanseze mii de oameni mai departe decât în visele lor cele mai îndrăznețe. Chiar și unii atleți olimpici au recurs la EMDR pentru a atinge cele mai bune performanțe.

Mulți oameni au încercat psihoterapia, dar continuă să sufere, și mulți alții nu au avut bunăvoința să încerce pentru că gândeau că problemele lor sunt de nerezolvat. Acum există un motiv pentru a spera. EMDR nu este un panaceu, dar poate să parvină deblocarea sistemului psihologic al vindecării care se află în fiecare dintre noi și ne permite să schimbăm cu o viteză despre care nu am crezut niciodată că este posibilă.

Această carte permite intrarea în derularea terapiilor EMDR, parcurgând povestirile și mărturiile. Paradoxal, în timp ce lupta mea contra cancerului m-a dus la cercetarea de metode de vindecare făcând apel la corp și la spirit pentru a le prezenta în public, am terminat prin a crea una. Această carte este unul din rezultatele călătoriei mele.

NOTE

1 S. Rogers, «EMDR reviews», Veterans Affairss Innternet Forum, 1996.

[2] F. Ryan, *The Forgotten Plague*, Boston, Little Brown, 1996.

3 F. Shapiro, «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation and controlled PTSD research», Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27, 1996, p. 209-218. Cititorul va fi poate surprins să afle că cea mai mare parte dintre tratamentele psihologice cunoscute au fost adoptate fără nicio cercetare, nefiind propuse pentru sancționarea validității și de multe ori fără ca vreo cercetare să fie luată în considerare pe viitor. De fapt, când am început dezvoltarea EMDR în 1987, m-am consacrat trecerii în revistă a întregii literaturi despre traumatisme. Nu am găsit nici măcar un singur studiu controlat despre tratamentul clinic al stresului post-traumatic (comparând patruzeci și cinci de ședințe de desensibilizare în raport cu orice terapie), în timp ce am identificat și catalogat tulburarea în manualele de diagnostic psihiatric cu șapte ani înainte. Studiile pe care le-am găsit efectiv – multe dintre ele – au fost efectuate după 1980, epoca în care sindromul de stres post-traumatic a fost recunoscut formal ca o tulburare psihică, fiind centrată pe cauze, demografie și teorie. În 1992 (la treisprezece ani după recunoașterea existenței sindromului de stres post-traumatic), un articol ce recenza publicațiile despre subiect arăta că numai unsprezece studii controlate au fost efectuate, din care cinci includeau utilizarea medicamentelor psihotrope; și autorii studiilor relatau rezultate mult contradictorii (cf. notei 5).

Această carență a investigației științifice este de-a dreptul scandaloasă, fiind dat numărul mare de oameni traumatizați în fiecare an. În măsura în care comunitatea psihoterapeuților și companiile de asigurări caută tratamente eficace și economice, sper că fonduri importante vor fi alocate cercetării acestor rezultate. Acum, în parte grație atenției suscitate de efectele terapeutice rapide ale EMDR, găsim mai multe studii controlate despre EMDR decât despre alte metode de tratament al SSPT reunite (vezi anexa B). Pentru o descriere completă a cercetării despre EMDR, vezi F. Shapiro, *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures*, New York, Guilford Press, 1995, și F. Shapiro, «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation and controlled PTSD research», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1996, p. 209-218.

[4] S. Lazrove, L. Kite, E. Triffleman, T. McGlashan, B. Rousaville, «An open trial of EMDR in patients with chronic PTSD», articol prezentat la a XI-a conferință anuală a Societății Internaționale pentru Studiiile Stresului Traumatic, Boston (Mass.), noiembrie 1995.

B. O. Rothbaum, «A controled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorderred sexual assault victims», *Bulletin of the Clinic*, 61, 1997, p. 317-334.

S. A. Wilson, L. A. Becker, R. H. Tinker, «Eye movement desensitization an reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1995, p. 928-937.

S. A. Wilson, L. A. Becker, R. H. Tinker, «Fifteen-month follow-up of eye mevements desensitization an reprocessing (EMDR) treatment for psychological trauma», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1997, p. 1047-1056.

[5] S. D. Salomon, E. T. Gerrity, A. M. Muff, «Efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder», *Journal of the American Medical Association*, 268, 1992, p. 633-638.

[6] Când presa populară s-a pus pe dezbateri, ea a alimentat cele două părți ale controversei. Revista *New York* a publicat un titlu mare aclamând EMDR ca o , terapie miracol», dar, cu caractere mici, se întreba dacă e vorba de o «*hand jive*» [dans al anilor 50 în Statele Unite, cu mișcări ritmice ale mâinilor (N.d.T.)]. Un jurnalist de la *Psychology Today* califica EMDR ca un «bricolaj psihiatric rapid pentru cei ce nu vor să facă dificilul travaliu cotidian necesar pentru a-și păstra sănătatea mintală în universul nostru complex». *Newsweek* se întreba dacă trebuie văzut în EMDR «noul Prozac sau bătrâna pudră de perlimpinpin». Găsim într-un articol din 1996 din *Washtington Post* reflecții de psihologi care estimau că e vorba de un progres major, în timp ce altul făcea comparație între a crede în EMDR și în OVNI (OZN-uri). Semn al schimbărilor timpului, totuși: un an mai târziu, un articol complementar expunea utilizarea EMDR în Oklahoma City și nu mai ostenea cu elogiile despre eficacitatea sa. Articolele de presă cele mai recente vorbesc despre efectele pozitive ale EMDR, dar se întreabă despre modul ei de acțiune.

[7] Conform anexei A.

[8] N. Cousin, *Anatomy of an Illnes*, New York, Norton, 1979.

[9] O. C. Simonton, J. Creighton, *Getting Well Again*, New York, Bantam Books, 1982.

2
Fundamentele

«Dacă tu ai clădit castele în nori, munca ta nu trebuie să fie pierdută; deoarece chiar acolo trebuie să fie. Acum, construieşte-le fundaţii. »

Henry David THOREA

Ce auzim când spunem «traumatism ? Este «traumatizant » să fii la un pas de moarte într-un accident pe stradă ? Să vezi pe cineva lovit sau prădat ? Să nu poţi intra în maşina închisă cu cheia în timpul unei furtuni ? Să descoperi că trebuie să suporţi o operaţie ? Când psihoterapeuţii vorbesc de traumatism, ei se referă în general la evenimente care practic bulversează toată lumea şi care provoacă reacţii de frică, de disperare sau de teroare. Din nefericire, mulţi oameni (printre care şi psihoterapeuţi !) cred pe nedrept că un eveniment este fără importanţă dacă nu corespunde acestui standard. Totuşi, multe evenimente pot fi perturbante în funcţie de semnificaţia personală pe care o au, de exemplu când auzim din întâmplare o remarcă despre lipsa de seducţie, când ratăm un examen la şcoală sau când pierdem un animal. În anumite psihoterapii convenţionale, putem discuta de criterii ce disting cele două feluri de traumatisme, dar această distincţie nu are pertinenţă în EMDR. EMDR se centrează pe întâmplările personale, ea nu se ocupă de ceea ce terapeuţii gândesc prin eveniment; din contră, ea se ocupă direct de modul în care întâmplarea a afectat clientul.

Experienţe de toate felurile joacă un rol important în viaţa noastră intimă. Dar pe moment să clarificăm şi să distingem ceea ce putem numi traumatismele cu «T mare» (cele pe care comunitatea psihologilor le recunosc drept cauze ale sindromului de stres post-traumatic, sau SSPT) şi cele pe care EMDR le numeşte traumatisme cu «t mic». Traumatismele cu «T mare» cuprind evenimentele în care persoana se simte în pericol de moarte: războiul, crimele cum ar fi violul, răpirile, agresiunile şi catastrofele naturale cum sunt cutremurele de pământ, tornadele, incendiile, inundaţiile. Aceste evenimente sunt atât de stresante încât pot depăşi capacitatea noastră de a le face faţă [1]. Ele provoacă o spaimă intensă, o senzaţie extremă de disperare şi persoana pierde o parte enormă din stăpânirea propriei vieţi.

Simptomele sindromului de stres post-traumatic acoperă două tipuri de comportamente simultane şi diametral opuse. Într-unul, persoana traumatizată nu se

poate îndepărta de traumatism: ea este forțată să retrăiască evenimentul inițial având simptome intruzive ca flash-back-uri, coşmaruri, crize de angoasă şi idei obsedante. În altele, ele nu se pot apropia: sunt obligate să se distanțeze de ceea ce le amintește traumatismul prin simptome de evitare ca izolarea socială, anestezia emoțională sau abuzul de substanțe. Victimele traumatismelor au şi reacții fiziologice, ca insomnia, hipervigilența şi tendința de a fi înfricoşate uşor de tot ce le amintește traumatismul, un sunet sau un contact particular de exemplu.

Traumatismele cu «t mic» se produc în evenimentele inofensive dar perturbante pe care viața de zi cu zi ne le aduce în drumul nostru. Ele pot să producă anumite emoții din cauza traumatismelor cu «T mare» şi să aibă consecințe pe termen lung. Acest fapt mi s-a părut clar, în primul timp de EMDR, cu cazul lui Paul, un bărbat căruia i se pusese diagnosticul de SIDA.

Paul voia să exploreze câteva metode alternative de vindecare, dar eforturile sale erau sabotate de propria opinie despre sine: el gândea că nu era «capabil să se mişte pentru a obține ceea ce voia»». Paul nu avea nicio amintire care să poată explica de ce avea el acea idee, dar îşi amintea că mereu a gândit astfel şi avea impresia că a fost frânat toată viața lui de această credință. Când a înțeles că risca să fie împiedicat de a-şi trăi ultimele zile atât de complet pe cât este posibil, el a venit să-mi ceară ajutorul.

Cum Paul nu avea amintiri din momentul în care i-a apărut această credință negativă, i-am cerut să păstreze credința prezentă în minte în timpul procedurii. După o secvență de mişcări oculare, el vorbea de o stranie senzație ce simțea că îi coboară în brațe. I-am cerut să fie atent în acelaşi timp la credință şi la senzația fizică. După alte câteva secvențe, Paul mi-a spus că era ca şi cum un voal se retrăgea şi el vedea o imagine a sa la patru ani. Se juca cu o minge în capul scărilor. Mama lui țipa să nu coboare scările, dar mingea a căzut, Paul fugi după ea, se împiedică şi căzu pe braț. Mama sosi în fugă, îl apucă strâns de braț, începu să-l bată la spate pentru că a vrut – în mintea lui Paul – să încerce să aibă ceea ce voia. Travaliul asupra amintirii sale a fost o experiență eliberatoare pentru el; în cursul căutării sale de alternative de vindecare, el şi-a lărgit şi registrul relațiilor personale şi profesionale. Înainte de a muri, mi-a telefonat să-mi spună că, în ultimul său an, a profitat de viață mai liber decât în tot restul existenței sale. El a încetat să se mai rețină.

Bineînțeles, mama lui Paul nu era vinovată de maltratare. Copiii traversează sute de experiențe de acest gen în timpul creşterii. Dar experiențele de acest gen, ca şi traumatismele cu «T mare», pot să-şi aleagă domiciliul în mintea cuiva şi să-i dicteze comportamentul pe timp de zeci de ani. Aceste experiențe nu corespund definiției clinice a traumatismului, în funcție de gravitatea cea mai mică, dar ele corespund cu certitudine definiției din dicționar. «Un şoc emoțional care provoacă daune psihologice substanțiale şi durabile; ceva care zguduie grav mintea sau emoțiile».

Această formă secundară a fost în mod precis ceea ce eu am povestit cu regularitate practicanților EMDR cu primii şaizeci de voluntari. Mulți aveau, la început, un sentiment negativ activ în ei şi avea să meargă până la sursa sa istorică. Eu ştiam că EMDR funcționa cu traumatismele cu «t mic». Funcționau ele şi cu traumatismele cu «T mare» ? Aceasta era întrebarea care mă incita să fac un studiu formalizat şi controlat al EMDR. Am selecționat pentru a participa la el oameni dintre victimele cele mai

frecvente ale stresului post-traumatic din zilele noastre: vechi luptători în război şi scăpaţi teferi din viol sau agresiuni sexuale. Înainte de a mă lansa în acest studiu, totuşi, aveam nevoie să testez EMDR cu cei ce au suferit în urma unui eveniment traumatic major, pentru a mă asigura că, în acest caz, metoda putea fi eficace. Căutând un subiect voluntar, am întâlnit mai mulţi terapeuţi. Am găsit unul care voia să încerce el însuşi.

Doug avea patruzeci şi trei de ani. Era un bărbat echilibrat, care a reuşit bine în profesiunea sa. El spunea că are o amintire particulară care îl stresa încă mult şi care exista din vremea când era în infanteria din Vietnam. Iată amintirea sa: într-o zi, Doug şi un alt soldat descărcau fără încetare dintr-un elicopter care se întorcea din linia frontului cadavre de soldaţi americani pe brancarde. Cum cei doi bărbaţi întindeau corpurile mutilate unul lângă altul pe pământ, Doug a remarcat că rigiditatea cadaverică era deja instalată la cel pe care îl cărau. Cu acel umor negru care survenea în situaţiile disperate, el glumi: «acesta ar putea servi la mese scunde». Celălalt soldat s-a întors atunci către Doug şi i-a spus: «Încetează, cel aşezat mai jos e fiul său». Şi Doug văzu că unul dintre răniţi îi privea cu oroare, faţa lui era răvăşită de durere. Brusc, el avu impresia că a fost, cu fanfaronada lui, cel mai insensibil bărbat şi cel mai lipsit de tact din lume. În acel moment făcu o cotitură care îl zgudui cel mai profund şi continuă să-l obsedeze în următorii douăzeci de ani. Chiar dacă Doug, în acelaşi timp terapeut, a ajutat un număr considerabil de clienţi, de fiecare dată când amintirea reapărea (şi apărea mereu), se simţea inundat de sentimente de ruşine şi de tristeţe care, spunea el, îl făceau aproape catatonic. În timpul procedurii, i-am cerut lui Doug să păstreze scena prezentă în minte şi să-mi urmărească degetul. În timp ce urmărea cu ochii acel du-te-vino rapid al mâinii, am văzut pe faţa lui în primul rând intensificându-se angoasa, apoi relaxarea. La sfârşitul celei de-a doua secvenţe de mişcări oculare, îmi spuse: «Încă mai văd scena, dar când soldatul îmi vorbeşte, nu mai aud vocea lui.» Continuarăm secvenţele. Apoi Doug mi-a indicat că scena s-a redus la dimensiunile unui «ciob de tablou» şi că se putea spune că se derula pe apă, «vag şi fără sunet». Apoi adăugă, ca pentru sine: «Războiul s-a terminat. Pot spune întregii lumi să se întoarcă.»

Prin urmare, am auzit deseori clienţii mei în EMDR povestind acest tip de metamorfoză de la scena traumatică, cu slăbirea imaginilor dureroase şi detalii senzoriale. Mai târziu, când i-am cerut lui Doug să se gândească la Vietnam pentru a vedea dacă scena tulburătoare o să mai apară, era o amintire a primului său survol al ţării care îi revenea în minte. Cu ochii închişi şi un surâs lejer pe buze, îmi spuse «I se poate spune grădina paradisului.» Era pentru prima dată după douăzeci de ani când Doug putea să-şi amintească alte lucruri decât ororile Vietnamului.

În noiembrie 1987, m-am lansat în construirea unui studiu controlat. În acest studiu, un grup de persoane traumatizate alese la întâmplare au primit un tratament EMDR, în timp ce alţii, grupul de control, a primit un tratament despre care nu auzisem să fi avut un efect important. Am decis să «vorbesc» cu membrii grupului de control aşa cum făceam o terapie tradiţională prin cuvânt. Aceste persoane se concentrau asupra evenimentului traumatic şi mi-l povesteau în detaliu. Eu îi întrerupeam după aceea cu aceleaşi întrebări («Cum vă simţiţi acum ?») puse de acelaşi număr de ori ca în secvenţele de mişcări oculare în EMDR. Aceasta a fost dovedită, terapia prin cuvânt este din nefericire aproape la fel de eficace ca o frecţie la un picior de lemn în tratamentul sindromului de stres post-traumatic; el poate deci constitui o bază de

comparaţie valabilă pentru a testa capacitatea EMDR de a alina sistematic, durabil şi rapid simptomele particulare ale subiectului.

Evaluarea este esenţială în toate cercetările ştiinţifice. Dacă nu măsurăm ceea ce trebuie să fie, rezultatele vor fi fără interes. Pentru a vedea dacă EMDR alină simptomele stresului post-traumatic, eu ştiam că trebuia să măsor trei aspecte ale tulburării: la început, senzaţia de perturbare cauzată subiectului de amintirea traumatică înainte, în timpul şi după tratamentul EMDR, cu două şedinţe de control, la o lună şi la trei luni. Nu putem considera că un tratament al traumatismelor este eficient fără rezultate pozitive pe termen lung. Rezultatele pozitive imediate după tratament nu puteau fi decât un efect placebo, încrederea pacientului în eficacitatea tratamentului producând o alinare slabă şi temporară a simptomelor.

A decide să măsori ceva atât de impalpabil ca impresiile perturbaţiei mentale ale cuiva e ceva; imaginaţi-vă modul în care alegi una sau alta dintre ele, şi acesta e un subiect de dezbatere între cercetători. Cât despre mine, am decis să utilizez o scală numită SUD (*subjective units of disturbance*, unităţi subiective de perturbaţie): este un instrument larg acceptat, care a fost dezvoltat acum patruzeci de ani de o figură celebră a terapiei comportamentale, psihiatrul Joseph Wolpe [2]. Pentru a utiliza scala SUD, subiectul se gândeşte la o amintire şi evaluează perturbaţia psihică care-l încearcă la această evocare pe o scală de la 0 la 10, unde 0 este neutru (nicio perturbaţie) şi 10 este cea mai mare perturbaţie pe care şi-o poate imagina. În studiul meu, de exemplu, am cerut unui veteran din Vietnam să-şi amintească de capcana pe care i-a întins-o un soldat vietcong. Chiar dacă incidentul fusese cu douăzeci de ani în urmă, el putea fi încă perturbant şi subiectul putea să-l evalueze la 8, 9 sau 10. După tratamentul EMDR, scorul SUD al subiectului trebuia să scadă la 0 sau 1, adică el putea să regândească ambuscada fără a fi tulburat [3].

Al doilea element pe care l-am măsurat, în studiul meu, a fost a şti dacă «lecţiile» auto-depreciative primite de clienţii mei în timpul traumatismelor îi influenţau mereu. Literatura psihiatrică nu arăta decât opiniile auto-depreciative ce constituiau o gravă dificultate pentru victimele SSPT. Victimele violului, de exemplu, au deseori gânduri ca «Eu nu vreau nimic», «Aveam dreptul să ripostez», «Sunt răvăşită». Dacă EMDR este eficace, postulam eu, această «lecţie» negativă devenea pozitivă, ca «Mă simt bine», «Fac ce pot», «Eu sunt în regulă». Eu decisesem să evaluez forţa acestei lecţii pozitive.

Scala pe care am dezvoltat-o, şi pe care o utilizez mereu astăzi, cere subiecţilor să evalueze justeţea, cu proprii lor ochi, a opiniilor pozitive pe o scală de la 1 la 7, unde 1 corespunde cu «total fals» şi 7 cu «absolut adevărat». Eu le mai cer de asemenea să-mi descrie reacţia care îi încearcă la nivel visceral, nu cea care gândesc c-ar trebui s-o simtă. Am numit această evaluare scala de validitate a cogniţiei* (*validity of cognition*, VOC). În general, oamenii încep EMDR cu un VOC de cel puţin 4. După EMDR, clienţii trebuie să raporteze o creştere a impresiei de justeţe a percepţiei lor pozitive (opinia despre ei înşişi); dacă VOC nu atinge 6 sau 7, nu putem considera amintirile lor traumatice complet rezolvate.

---

* Am păstrat, pentru opiniile pacienţilor despre sine, termenul american de «cogniţie» pe tot parcursul traducerii lucrării, pentru că este şi termenul tehnic utilizat de terapeuţii EMDR francofoni. Vorbim de exemplu de «cogniţie pozitivă»şi de «cogniţie negativă» (N.d.T.)

Toți am învățat din experiențele noastre trecute. Întrebarea ce se pune este de a şti dacă am învățat lecții bune. De exemplu, aproape toată lumea a suportat umiliri în şcoala primară. Ce am învățat în acel moment ? Că suntem stupizi şi nimic altceva, sau din contră îndrăzneți şi tenace ? Dacă rămânem înțepeniți în trecut, opiniile auto-depreciative controlează viața noastră şi continuă să ne facă o nedreptate incalculabilă. Scala VOC, care evaluează opinia pozitivă cu predilecție a subiectului, indică în ce măsură lecțiile bune, lecțiile sănătoase, au fost bine învățate, simultan înainte şi după tratament.

A treia şi ultima măsură pe care am decis să o includ în studiul meu a fost frecvența simptomelor post-traumatice, de exemplu numărul de coşmaruri sau gândurile intruzive pe săptămână. Ca şi pentru evaluările SUD şi VOC, am înregistrat aceste informații înaintea tratamentului EMDR şi în timpul şedințelor de control, la o lună şi la trei luni după tratament. Pentru a preveni rapoartele inexacte din partea subiecților (cu alte cuvinte, pentru a mă asigura că ei nu-mi spuneau ce voiam eu să aud), am căutat o confirmare a tuturor schimbărilor vorbind cu terapeutul lor, cu soțul sau alt membru al familiei.

Vârsta primilor mei optzeci de subiecți era cuprinsă între unsprezece şi cincizeci şi trei de ani, cel mai tânăr era o fetiță de şase ani, terorizată mereu de agresorul său, pe care-l ştia totuşi în închisoare. Profesiunile erau diverse: muncitori, funcționari, artişti, terapeuți şi un veteran din Vietnam în şomaj care trăia în pădure. Traumatismul cel mai recent exista de un an, cel mai vechi de patruzeci şi şapte de ani. Psihoterapiile pe care le-au urmat pentru aceste traumatisme aveau perioade între foarte scurte (două luni) şi până la durate atingând exagerarea (douăzeci şi cinci de ani); durata lor medie era de şase ani. Simptomele conțineau flash-back-uri (până în a şasea săptămână), gânduri intruzive (în medie şase pe săptămână, dar un subiect mi-a raportat până la şase pe zi), tulburări de somn (în medie de patru ori pe săptămână) şi tulburări de ordin sexual.

Rezultatele studiului au fost încurajatoare: aproape fără excepție, persoanele tratate prin EMDR şi-au rezolvat amintirile traumatice într-o singură şedință; adică nu le mai tulburau. În plus, ele au făcut progrese enorme în creşterea stimei de sine. Subiecții mei dădeau impresia unor sentimente profund marcate de negare, de frică, de culpabilitate, de ruşine şi de furie literalmente sub ochii mei şi înlocuiau aceste emoții prin stimă de sine, încredere, iertare şi acceptare. Evaluați cu scala SUD prin frecvența măsurilor pe care le-am aplicat şi comentariile proprii subiecților, schimbările se făceau atât de repede încât le *vedeam* producându-se. Era ca şi cum aş fi observat asociații libere în accelerare.

Bineînțeles, au fost incidente tehnice, dar chiar aceste incidente au fost cu adevărat utile în măsura în care m-au învățat modul în care funcționa EMDR. De exemplu, o fată de unsprezece ani, care a fost maltratată sexual o lungă perioadă de timp, avea frecvent flash-back-uri, deseori în timpul orelor la şcoală, unde, spunea ea, vedea figura profesorului «transformându-se în figura unuia care voia să-i facă rău». Acelaşi lucru se întâmpla cu figurile oamenilor cu care se întâlnea pe stradă. Ea încremenea, văzând «un om nostim care căuta să salte un copil». În timpul tratamentului, ea era totuşi prea înfricoşată pentru a se concentra pe imaginea figurii agresorului său. Îi cerusem să vizualizeze cămaşa şi pantalonii bărbatului aşa cum erau în momentul procesului şi pur şi simplu să-şi imagineze sau să facă în aşa fel încât să-i apară figura lui. Am ajuns astfel să ocolesc spaima şi tratamentul a reuşit. Acest caz

m-a învățat că clientul nu are în mod necesar nevoie să aibă o imagine exactă a evenimentului traumatic pentru a obține rezultate pozitive cu EMDR.

Tony, un veteran, lucra asupra amintirilor din momentul în care soția sa l-a trimis în spitalul de psihiatrie la întoarcerea sa din Vietnam. Cogniția lui negativă era: «Eu nu-mi stăpânesc viața.» A debutat cu un nivel de detresă de 8 (din cele zece grade pe care le conține scala SUD) şi-şi elaboră amintirea într-o succesiune de secvențe de mişcări oculare până când a atins un SUD de 0, însemnând că nu mai prezenta nicio detresă când se gândea acolo.

Era un rezultat excelent, bineînțeles, dar Tony nu credea mereu în ideea sa pozitivă şi zicea: «Eu îmi trăiesc viața în mod plăcut.» L-am întrebat ce împiedică aprecierea lui să treacă la 7 pe scala VOC (însemnând că este absolut exact); mi-a răspuns: «Nu merit să-mi trăiesc viața în mod plăcut.» L-am întrebat de unde venea acest nou gând negativ şi mi-a vorbit de o experiență sexuală ratată pe care a avut-o cu cineva care însemna mult pentru el. Am repetat procedura cu această nouă amintire; aceasta a adus cu sine o altă amintire: în Vietnam, nu a reuşit să aducă la timp un lot de plasmă la unitatea medicală pentru a salva doi oameni. Lucrând cu această amintire, Tony fu confruntat cu dificultățile pe care le-a avut cu autoritatea, care existau pe vremea când el nu i-a plăcut niciodată tatălui său. După travaliul EMDR pe impresia că este «un ratat», Tony a putut să revină la prima amintire şi să atingă 7 pe scala VOC în raport cu ideea «Eu îmi trăiesc viața în mod plăcut».

Ceea ce a experimentat Tony în acest mod s-a adeverit a fi curativ. Mulți subiecți au relatat că imaginile traumatismului inițial au glisat spre un alt eveniment perturbant. Devenea clar că un anumit număr de factori şi de evenimente împletite puteau să se ascundă în spatele problemei aparente. Şedința cu Tony dura 90 de minute, a fost cea mai lungă din tot studiul. Cea mai mare parte a şedințelor dura mai puțin de 50 de minute. În literatura consacrată tratamentului stresului post-traumatic (universal considerat ca lung şi dificil de tratat), nimic nu m-a pregătit pentru rapiditatea şi întinderea vindecării aşa cum am văzut-o eu producându-se. Am observat aceste schimbări cu emoțiile; era ca şi cum priveam într-o vitrină spiritul la lucru.

Transcrierea parțială a unei şedințe de EMDR va ilustra mai bine procesul. Jonas era un veteran din Vietnam pe care l-am tratat pentru un anumit număr de traumatisme legate de război. În această şedință, el voia să lucreze pe relația sa cu un coleg de lucru incompetent. Aceasta, incompetența colegului de muncă, era plictisitoare, dar Jonas reacționa cu atâta furie că nu mai putea să lucreze.

Pe parcursul şedinței, al cărei extras urmează, i-am cerut lui Jonas să vizualizeze obiectivul său (cu apariția figurii colegului incompetent) şi să o păstreze în minte până la intrarea în contact cu emoțiile neplăcute care îl încearcă în legătură cu acest bărbat. În acel moment, am început mişcările oculare. Vom nota că o dată cu fiecare secvență de mişcări oculare noi informații apăreau şi poziția clientului evolua spre o stare mai sănătoasă. La sfârşitul fiecărei şedințe, îl întrebam pe Jonas: «Ce vă vine în minte acum ?» El îmi răspundea indicând ceea ce era predominant în mintea sa, fie un gând, un sentiment sau o imagine mentală, ceea ce îmi dădea o lectură a noii informații. Vom vedea şi cum m-am servit de scala SUD, de la 0 la 10, pentru a-l ajuta pe Jonas să identifice intensitatea sentimentelor neplăcute.

În capitolul următor, voi prezenta şedințe de EMDR detaliate, dar, fundamental, iată cum se derulează o şedință:

FRANCINE SHAPIRO: Să începem prin a vizualiza acest bărbat pe care îl considerați incompetent la serviciu. Când vă gândiți la el, cum descrieți credința negativă pe care o aveți despre dumneavoastră înșivă ?

JONAS: Nu pot să fac nimic.

FRANCINE SHAPIRO: V-ar plăcea mai mult să credeți ce anume ?

JONAS: Că eu controlez situația.

FRANCINE SHAPIRO: Pe a scală de la 1 la 7, în ce grad sunt adevărate aceste cuvinte ?

JONAS: 3,5.

FRANCINE SHAPIRO: Când păstrați în minte în același timp și aceste cuvinte, nu pot să fac nimic, și imaginea lui, ce emoții simțiți ?

JONAS: Anxietate și furie.

FRANCINE SHAPIRO: De la 0 la 10, unde 0 este neutru și 10 cea mai rea emoție pe care v-o puteți imagina, cum vă simțiți acum ?

JONAS: La 7.

FRANCINE SHAPIRO: Unde o simțiți în corp ?

JONAS: În stomac.

FRANCINE SHAPIRO: Gândiți-vă la cuvintele «Nu pot să fac nimic», priviți fața lui și gândiți-vă la incompetența lui. Concentrați-vă pe acest gând și urmăriți degetul meu cu privirea.

În acel moment, am început ședința de mișcări oculare. În timpul acestei ședințe, Jonas nu a spus nimic, dar vedeam pe fața lui că începea să elaboreze situația cu colegul său.

FRANCINE SHAPIRO: Bine. Ștergeți totul și respirați adânc. Ce vă vine în minte acum ?

JONAS: Nu știu. Mă simt un pic mai bine, cred. Înainte să vin aici astăzi, m-am gândit la câteva trucuri și, mai puțin intelectual, am înțeles că ... da, este serviciul, bineînțeles, eu voi întârzia la termenele mele și asta nu va fi pe placul clienților mei, dar asta va fi oricum mereu așa. În informatică, suntem tot timpul în întârziere. Și atunci am început să mă gândesc la trucuri legate de asta.

FRANCINE SHAPIRO: Bun. Revăzând fața lui acum și gândindu-vă la incompetența lui, unde sunteți pe o scală de la 0 la 10 ?

JONAS: La 5.

FRANCINE SHAPIRO: Păstrați bine în minte acest lucru. (*Am început o altă secvență de mișcări oculare).* Bine.

Ca urmare, Jonas a urmat un canal asociativ pe care l-a numit «acceptare».

JONAS: Mă gândesc la ceva care este foarte enervant: patronul meu, în legătură cu această situație, nu poate evalua capacitățile acestui individ. Dar, pe de altă parte, alții văd ce face el și asta mă liniștește puțin, cred. Vreau să spun că alți colegi văd și asta îi enervează și pe ei. Se poate spune că am nevoie ca toată lumea să vadă ce se întâmplă. Și cum patronul meu nu vede, cum el nu e de acord cu mine în această problemă, cred că asta mă obligă să fiu competent și să fac în așa fel încât să vadă toată lumea că sunt competent.

FRANCINE SHAPIRO: Păstrați toate astea în minte. (*O altă secvență*). Bine.

JONAS: Acum, mi-e indiferent dacă mă acceptă sau nu. Există destui oameni care mă plac. Vreau să spun că el are absolută nevoie de mine în acest moment şi sigur nu risc să-mi pierd slujba. Mai am multe slujbe pe care le pot accepta.

FRANCINE SHAPIRO: De acord. Gândiţi-vă la asta. (*Altă secvenţă).* Bine.

JONAS: Euh ... Ce îmi vine în minte, este că probabil, în următoarele două luni, presiunea în jurul acestui proiect o să crească şi patronul va deschide ochii.

FRANCINE SHAPIRO: De acord. Păstraţi-o în minte. *(Altă secvenţă).* Bine.

JONAS: Este aproape acelaşi lucru.

L-am adus atunci înapoi pe Jonas la imaginea de la început.

FRANCINE SHAPIRO: Bun. Şi dacă vă întoarceţi înapoi la figura acestui tip pe care îl consideraţi incompetent, unde sunteţi acum ?

JONAS: Asta mă plictiseşte. Ştiu că va continua să mă enerveze, dar cred că acum acest lucru nu mă mai face să explodez ca înainte.

Am notat că nivelul de anxietate al lui Jonas a scăzut, dar a continuat să fie ceva neplăcut pentru el. În timpul secvenţelor următoare, mişcările oculare au stimulat alte amintiri asociate cu noţiunea de «incompetenţă». Ne-am dat seama cât de influenţat era Jonas de experienţa sa de combatant: în Vietnam, incompetenţa unuia putea să însemne moartea altei persoane.

FRANCINE SHAPIRO: Recentraţi-vă pe imaginea şi pe incompetenţa sa. (*Altă secvenţă de mişcări oculare).* Bine.

JONAS: Mi-am zis că, în acest caz, riscurile nu sunt prea mari. Presupunând că eu am dreptate, că el e incompetent în acest domeniu şi că e la pământ. Şi ce ? *(Râde).* Se recuperează.

FRANCINE SHAPIRO: Serios ? Păstraţi –o în gând. (*Altă secvenţă de mişcări oculare).* Bine.

JONAS: Hmm, e grozav să-ţi spui că nu sunt decât calculatoare şi că nimeni nu va muri din asta. Când e vorba de moarte, nu putem recupera nimic.

FRANCINE SHAPIRO: Şi atunci, dacă evocaţi din nou această imagine, ce vă apare ?

JONAS: Hmm, este mai curând plină de haz !

FRANCINE SHAPIRO: Da ?

JONAS: De fapt, e un tip strălucitor. Foarte competent. Dacă mă uit la genul de erori pe care le face, ele sunt nostime, sunt cele pe care le face toată lumea la început când începe să meşterească un material. Se ştie că atunci când nu putem rezolva o problemă începem prin a rezolva o bucăţică din problemă, grosul e mereu acolo dar zicem: «Uaaau, e super, am reuşit !», pentru că e singurul lucru pe care l-am putut găsi. *(Jonas râde.)* Suntem cu adevărat mulţumiţi pentru că am găsit ceva încât dăm impresia că am rezolvat tot. Ceilalţi colegi văd la fel de bine ca şi mine, dar ei gestionează acest fapt mai bine ca mine. Îi face să râdă discret. Ei spun: «La nivelul la care este el, ce vrei să facă mai mult ?» Ei suportă mai bine ca mine, dar îşi dau seama la fel de bine ca mine şi e adevărat că e nostim pentru el să se creadă capabil să rezolve orice.

FRANCINE SHAPIRO: De acord. Gândeşte-te la asta în continuare. (*Altă secvenţă de mişcări oculare).* Bine.

JONAS: Aproape asemănător.

FRANCINE SHAPIRO: Super !

JONAS: Da, îmi face plăcere. E plăcut să nu fii înţepenit în enervare şi furie, ca săptămâna trecută. Aveam impresia că mă pierd înăuntru şi nu mai reuşesc să ies. Am încercat să mă detaşez dar nu am reuşit.

Partea din şedinţă relatată aici (înţelegând nouă secvenţe de mişcări oculare), nu a durat decât cinci minute, totuşi cu un efect considerabil. Jonas nu a modificat numai privirea şi aprecierea sa despre coleg, el şi-a schimbat în egală măsură şi comportamentul faţă de el. Cinci ani mai târziu, l-am revăzut pe Jonas şi l-am întrebat cum au mers lucrurile pentru el, dacă era mulţumit: «E tare plăcut să-ţi dai seama că nu mai eşti în Vietnam», mi-a spus el.

Multe victime ale traumatismelor au o gravă dificultate: experienţa traumatizantă pe care au avut-o (cu emoţiile, opiniile, senzaţiile fizice şi comportamentele) este ca şi «încremenită» în sistemul nervos.

Această experienţă veche este cea care comandă, ca un marionetist, reacţiile persoanei în situaţii actuale din viaţa sa. La Jonas, intensitatea furiei contra colegului său venea din experienţa pe care o avusese în Vietnam. Şedinţe de EMDR ca cea de aici arată clar că experienţele traumatice trecute au contribuţie în prezent – această observaţie m-a ajutat să rafinez protocoalele EMDR pe care le vom expune mai departe.

În timpul iernii şi primăverii 1987-1988, am îndrumat şedinţe de control la un interval de o lună şi la trei luni cu fiecare dintre cei douăzeci şi doi de subiecţi pe care i-am tratat cu EMDR. În această perioadă critică am văzut dacă efectele pozitive ale EMDR aveau să dureze în timp şi dacă subiecţii mei vor relata schimbări în simptomele lor.

Primul subiect pe care l-am interogat a fost un vechi luptător în războiul din Vietnam care a suportat douăzeci şi unu de ani flash-back-uri şi coşmaruri recurente. El nu relata decât un singur coşmar survenit după tratament. Visul evoca un duşman care intra târându-se cu cuţitul în mână, în bunkerul său, dar îmi spuse că visul «nu avea forţă». Mi-a mai explicat că a recunoscut propria figură la agresor, şi atunci a înţeles: «Cel ce mi-a tăiat gâtul , eram eu însumi.» Nu a mai avut niciodată acest vis de atunci.

Un alt subiect, un psihoterapeut care a fost maltratat când era copil, nu a avut toată viaţa decât unul sau două vise violente pe săptămână, am centrat travaliul pe unul dintre aceste vise în timpul şedinţei de tratament. El mi-a povestit că, în noaptea următoare acestei şedinţe a avut unul dintre obişnuitele lui coşmaruri, în timpul căruia era urmărit de samurai care voiau să-l omoare. De data aceasta, totuşi, s-a oprit brusc din fugă, s-a întors fără frică spre urmăritori şi «s-a înclinat ritualic» spre ei. Ei i-au întors salutul, apoi «şi-a adunat forţele la un loc» şi s-au dus împreună. Soţia terapeutului a confirmat că nu se mai zbate noaptea şi că este mai destins în general. Experienţe de genul acesta mi-au dat puterea de a lucra cu imageria visului. De atunci, de fiecare dată când un client îmi vorbeşte de un coşmar recurent, este printre primele lucruri cu care ne ocupăm în şedinţă.

Tony, veteranul din Vietnam care a adus înapoi în conştiinţă trei experienţe traumatice diferite în cursul şedinţei sale de EMDR, mi-a spus că au dispărut crizele sale de angoasă cotidiene. A avut un singur atac în timpul primei luni după tratament. Mi-a spus că nu a mai avut flash-back-uri şi că nu se mai închidea pentru a se pune la

adăpost când trecea un avion pe deasupra lui, adăugă cu un mic surâs că, pentru prima dată după trei ani, a putut să aibă şi să menţină o erecţie.

Mama unei fetiţe care a fost abuzată sexual mi-a spus că fiica sa nu se mai trezea urlând noaptea şi că totul merge bine la şcoală. (Câţiva ani mai târziu, am aflat că agresorul său a ieşit din închisoare şi că fetiţa, o tânără acum, a dat peste el pe neaşteptate la băcănie. «Cine te-a lăsat să ieşi ? » i-a spus ea indignată). Un alt subiect mi-a spus că durerile lui de cap zilnice au încetat.

În cursul acestor interviuri de control am înţeles că EMDR poate avea un fel de efect generalizant. Una dintre pacientele mele a lucrat cu o amintire particulară de abuz sexual din partea tatălui. În timpul şedinţei de control, cerându-i să readucă această amintire în memorie, frica şi anxietatea au dispărut, dar a fost pusă la încercare de mânie şi indignare faţă de ea însăşi. I-am cerut atunci să păstreze în conştiinţă o altă scenă în care s-a abuzat de ea. Nu am lucrat această amintire specific în EMDR, dar ea a relatat puţină frică şi anxietate; în locul ei, ea a simţit un amestec similar de furie şi indignare. Acest efect generalizant arată că nu trebuie lucrată fiecare amintire terifiantă separat: efectele pozitive ale EMDR se extindeau la evenimentele de acelaşi ordin. Este ceea ce am constatat de nenumărate ori.

În majoritatea lor, aceste întreţineri ale controlului arată rezultate spectaculoase. Angoasa subiecţilor în legătură cu traumatismele lor rămânea slabă şi stima de sine rămânea ridicată. Pe de altă parte, simptomele de care se plângeau la venirea în studiu erau alinate, fapt pe care pot să-l confirm prin contactul cu un terapeut sau un membru al familiei în toate cazurile mai puţin în patru dintre ele (în aceste patru cazuri, nu am reuşit să contactez un al treilea pentru a verifica schimbările).

A existat o excepţie notabilă: Marie, victimă a unui viol, indica o creştere netă a nivelului de anxietate: scorul SUD (care era la început între 8 şi 10), au trecut la 0 imediat după şedinţa EMDR şi la 4 la control după o lună. Cum i-am cerut să-mi vorbească, Marie mi-a spus că a auzit recent spunându-se printre prieteni că violatorul său era mereu prin apropiere şi îi era teamă să nu o violeze din nou aşa cum o ameninţase. Ea nu avea gânduri intruzive cu acest subiect, se simţea mai la distanţă, tot mai mult stăpână pe ea însăşi, dar mi-a spus că nivelul său actual de anxietate era perfect realist fiind dată această situaţie. Este aici un punct important: de multe ori, e perfect de bun simţ (şi adaptat) să fii înfricoşat sau furios. În ceea ce o priveşte pe Marie, restul de anxietate pe care o păstra în ceea ce-l privea pe violatorul său garanta faptul că ea va fi atentă să închidă uşa şi să nu se plimbe singură noaptea. Acest gen de reacţie rapidă şi adaptată pare a indica faptul că, într-un anumit mod, EMDR face să apară în sistemul psihologic al persoanei o înţelepciune şi o sănătate înnăscute. Ea nu s-a mulţumit cu dezamorsarea emoţiilor negative, s-a mai petrecut şi altceva, subiecţii mei păreau a considera suferinţele lor trecute în contextul întregii lor vieţi, ei recunoşteau că amintirile dureroase nu erau decât o mică parte a ansamblului, chiar dacă era poate o parte tristă. Semnificaţia se schimbase: s-a trecut de exemplu de la «Mi s-a întâmplat asta pentru că sunt un ratat» la «Am făcut tot posibilul. Nu eram decât un copil». Ei nu mai erau liniştiţi în legătură cu evenimentul traumatic; ei erau în pace cu ei înşişi.

Acest proces de vindecare venea din interior. Eu eram un ghid, un facilitator, un martor, dar nu eram eu cea care îi făcea să se schimbe pe subiecţii mei. Eu nu i-am îndrumat dincolo de fricile lor, eu nu am analizat visele lor. Eu nu i-am chestionat fără

să las opiniile lor să persiste, iraționale, negative. Eu nu am sugerat prizele de conștiință pe care le-au avut. De fapt, descoperirile făcute de către subiecții mei urmau propria mișcare a gândirii, logică și emoțional sănătoasă; ei ajungeau de exemplu de la «E vina mea» la «Eram prea tânără», trecând prin «Am făcut ce era mai bine» și în final «Nu a fost vina mea. Eu sunt în regulă».

Ceea ce se întâmpla era evident: oamenii se tratau ei înșiși cu ajutorul EMDR. Am publicat rezultatele studiului meu în 1989 în același timp în *Journal of Traumatic Stress* și în *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* [4]. Astăzi, opt ani mai târziu, studii obiective, independente, cu referire la sute de subiecți, au fost realizate și ele au confirmat descoperirile mele inițiale [5].

De ce EMDR a acționat așa repede ? Nu există nicio îndoială că este vorba de o terapie complexă și că numeroși factori contribuie la acțiunea ei. Care este rolul exact al mișcărilor oculare ? Spunând adevărul, noi nu prea îl știm. Am auzit numeroase ipoteze plauzibile și am eu însămi câteva teorii care par viabile, dar oamenii de știință nu știu încă destul despre complexitatea procesului cerebral pentru a fi siguri de validitatea uneia sau alteia dintre teorii.

Prima mea ipoteză se baza pe lucrările lui Pavlov [6]. În 1927, Pavlov presupunea că există în creier un echilibru între excitație și inhibiție care răspunde de funcționarea sa normală. În cazul în care se produce un dezechilibru, de exemplu o surescitare, rezulta o patologie neuronală, ca un nod într-o rețea, se poate spune. Pentru Pavlov, pentru a reveni în starea de echilibru și a trata o «nevroză», trebuie restaurat echilibrul între excitație și inhibiție. M-am întrebat dacă teoria lui Pavlov ar putea să se aplice la EMDR. Poate că traumatismul produce o supraexcitație a sistemului nervos și mișcările oculare provoacă un efect inhibator (sau relaxant) care îl contrabalansează.

Această teorie putea în egală măsură să explice ce se întâmplă în somnul cu mișcări oculare rapide. Mișcările oculare rapide apar în timpul perioadei de vise și am început să strângem dovezi despre rolul viselor în a elabora evenimentele trăite în viața reală [7]. Este posibil ca, în timp ce apar în vis amintiri neplăcute, mișcările oculare rapide să inducă un efect de detentă permițând tratamentul psihic al acestor experiențe. Făcând un pas în plus, poate că efectul lor corespunde «inhibiției reciproce» a lui Joseph Wolpe, factor pe care îl considera responsabil de atenuarea anxietății în tratamentul sistematic de desensibilizare [8]. Desensibilizarea sistematică constă în a decondiționa un client în raport cu frica sa (frica de a urca în avion, de exemplu) învățându-l să facă o profundă detentă musculară în primul rând în prezența unei versiuni mai blânde a obiectului care îi produce frica (un desen cu un avion, de exemplu), apoi trecând progresiv la versiuni realiste (să își imagineze sosirea la aeroport) până la versiunea naturală (să se imagineze la bordul avionului). După această teorie, relaxarea musculară profundă inhibă nivelele scăzute ale anxietății și, acestea fiind tratate, toată ierarhia fricilor își vede intensitatea descrescând. După un tratament corespunzător, ne putem imagina la bordul avionului fără să resimțim decât o anxietate slabă, pe care o putem desensibiliza la rândul ei.

În această perioadă, am lansat ipoteza că, poate, mișcările oculare în timpul visului, reciproc, inhibă detresa. Dacă perturbarea persoanei era atât de slabă (ca în micile îngrijorări cotidiene ale vieții), poate că mișcările oculare ale somnului le compensează. Astfel se explică poate că putem merge la culcare tulburați și să ne trezim mai puțin îngrijorați, sau și mai clari, în raport cu ceea ce ne-a tulburat. Dacă tulburarea

este foarte importantă, totuşi, ea anulează poate efectul mişcărilor oculare. Poate acesta este motivul pentru care veteranii se trezesc în mijlocul coşmarurilor şi nu la sfârşitul lor.

Cert este că teoria EMDR conţine mulţi «poate că», dar eu am continuat să o dezvolt. Din nefericire, în această perioadă, cercetătorii au decis că mişcările ochilor în timpul somnului reprezintă pur şi simplu privirea celui ce visează şi examinează atmosfera din vis [9]. Trebuia să aşteptăm anul 1994 pentru ca alte studii să arate următoarele: cantitatea de REM era în raport cu intensitatea emoţiilor negative din vis [10]. Înainte, comunitatea psihologilor nu susţinea teoria mea şi nu aproba utilizarea teoriei lui Pavlov.

Cu toate acestea era interesant că două echipe de psihiatri (una în Australia şi alta în Anglia) au ajuns recent la ipoteze similare, fondate tot pe teoria lui Pavlov, pentru a explica succesul EMDR [11]. Aceşti autori presupuneau că în cursul evoluţiei se dezvoltă un reflex care permite mamiferelor să simtă pericolul. Excitaţia care rezultă de aici, spuneau ei, determină animalul să se bată sau să fugă. Ei sugerau că mişcările oculare în EMDR declanşează un mecanism înnăscut asociat ce inhibă reacţia. Rezultă de aici o rapidă reorientare psihologică ce dă impresia de securitate. Va fi nevoie de alte cercetări pentru a verifica aceste ipoteze.

Mi s-a sugerat în 1987 o altă teorie, avansată de un neurobiolog care studiase memoria la şobolan aplicând repetitiv curenţi de mică tensiune prin electrozi implantaţi în creierul acestor animale [12]. El spunea că acest curent induce o schimbare în potenţialul sinaptic (încărcarea electrică în spaţiul dintre receptori şi creier), care era direct restabilit în tratamentul mnezic. El gândea că mişcările oculare aveau poate acelaşi rol. Am găsit această teorie de bun simţ, în acea vreme, şi gândesc la fel şi astăzi. Descărcările neuronale ale mişcărilor oculare rapide (ca un curent de mică tensiune) puteau să aibă un efect inhibitor în zona în care amintirea traumatică a fost înmagazinată, inversând patologia neuronală, şi este posibil ca acelaşi lucru să se întâmple în somn cu mişcările oculare rapide.

În capitolul care urmează, voi explora numărul mare al celor mai recente teorii. Ele nu sunt totuşi decât nişte teorii. Întrebările decisive nu şi-au găsit încă răspunsul prin cercetare şi ne vor trebui ani pentru ca tehnica neurobiologiei să fie destul de precisă pentru a ne furniza răspunsuri. Absenţa unei explicaţii demonstrate nu trebuie totuşi să ne împiedice să practicăm EMDR. Descoperiri ştiinţifice s-au făcut şi pus în practică înainte de a le înţelege. Ne-au trebuit patruzeci de ani pentru a şti cum acţionează penicilina, dar asta nu i-a împiedicat, între timp, pe medici să o folosească şi pe pacienţi să se vindece. Iar dacă nu pot să dau o explicaţie definitivă pentru acţiunea EMDR, nici atât nu pot să descriu ceea ce pare a se întâmpla în timpul EMDR. Am dezvoltat o teorie pe care o numesc modelul tratamentului accelerat al informaţiei [13]. Ca cele mai multe dintre modele, este o simplă ipoteză de lucru; cu toate acestea, ea pare să se acordeze cu ceea ce neurobiologii ştiu despre psihologia creierului. Mai departe în această carte, voi explora aplicarea acestui model la practica clinică şi voi examina câteva lucrări de cercetare care coroborează validitatea sa.

Se pare că am poseda toţi un sistem de tratament al informaţiilor menit să trateze evenimentele tulburătoare în aşa fel încât să ne putem menţine sănătatea mintală. Dacă ni se întâmplă ceva neplăcut, ne gândim, vorbim despre şi visăm până când acest lucru nu ne mai perturbează. În acest stadiu, putem vorbi de «rezoluţie adaptată» a

evenimentului. Am învăţat tot ce era util din această experienţă (de exemplu pericolul de a ne plimba pe străduţe întunecate) şi l-am stocat în creier cu emoţia adaptată, pentru a ne ghida pe viitor. De asemenea am evacuat ce era inutil, emoţiile negative, senzaţiile corporale şi opiniile despre noi înşine care se născuseră în acel incident.

Când trăim un eveniment traumatic, acest proces înnăscut de tratament totuşi se poate prăbuşi. Percepţiile pe care le-am avut în acest eveniment teribil (ce am văzut, auzit, suportat etc.) se poate regăsi închistat în sistemul nostru nervos chiar sub forma în care l-am trăit. Aceste percepţii netratate se pot exprima sub forma coşmarurilor, flash-back-urilor şi gândurilor intruzive caracteristice sindromului de stres post-traumatic În EMDR, cerem persoanei să se gândească la evenimentul traumatic, apoi stimulăm sistemul său de tratament al informaţiilor în aşa fel încât să poată fi tratat convenabil sau «digerat». În timpul procesului de «digestie», apar prize de conştiinţă, se stabilesc asociaţiile necesare, persoana învaţă ce este util pentru ea şi emoţiile adaptate se instalează.

Cu EMDR, acest sistem de tratament al informaţiilor poate lucra repede. El poate progresa cu aceeaşi viteză ca a corpului după un traumatism fizic. Când o femeie a fost violată, corpul său poate fi într-o stare de şoc, sângerând, tremurând. Dar cu îngrijiri medicale potrivite corpului său îşi va repara rănile în câteva zile sau în câteva săptămâni. De ce spiritul are nevoie de mai mult timp pentru a se îngriji ? Vindecarea sa este condiţionată de starea psihologică a creierului, şi creierul, la rândul lui, este o parte a corpului. Eu gândesc că EMDR, între altele, reconectează evenimentul înmagazinat în sistemul fizic al tratamentului informaţiilor. După aceea, pe parcursul procesului natural de vindecare, traumatismul este digerat şi rănile mentale se pot vindeca, poate la fel de repede ca cele ale corpului.

Succesul EMDR nu se limitează la vindecarea traumatismelor majore, acest model de tratament accelerat al informaţiilor poate servi terapeuţilor să ajute oamenii care au numeroase dificultăţi. Eu pun două întrebări particulare clienţilor mei la începutul tratamentului: «Este ceva pe care dvs. îl faceţi fără să vreţi ?» şi «Ce aţi vrea să faceţi şi nu aţi făcut încă ?» Răspunsurile ajută terapeutul să concentreze lucrul său pe cauzele disperării sau a «neliniştilor» actuale. În afara cazului în care o suferinţă psihică a fost cauzată de factori organici sau biochimici (ca în atacurile cerebrale sau anumite forme de schizofrenie), ea este probabil fondată pe istoria persoanei. Clinic, experienţele anterioare de viaţă, care au avut loc din plin în copilăria noastră, cu mult înainte ca noi să putem face alegeri, pare a fi una dintre cauzele primordiale ale multor tipuri de depresie, fobii, angoase, stres, proasta stimă de sine, dificultăţi relaţionale şi de adicţii. În capitolul care urmează, voi arăta că multe dintre aceste dificultăţi pot fi tratate uşor graţie EMDR.

Cea mai mare parte dintre clienţii citaţi în această carte au trăit traumatisme majore, dar aceleaşi principii de vindecare se aplică la fiecare dintre noi. Unul dintre obiectivele mele, scriind această carte, este de a demistifica chestiunile legate de pentru ce, ce şi cum ale terapiei. Când veţi citi aceste povestiri veţi vedea pentru ce simptomele apar şi ce se întâmplă când se schimbă. Vă veţi da seama, şi asta e cel mai important, că de fiecare dată, în spatele simptomelor, oricât de previzibil şi interpretabil ar fi, există o personalitate unică ce se poate însenina. Această carte, care ne face să explorăm funcţionarea universală a spiritului uman, ne permite astfel să salutăm victoriile spiritului individual.

NOTE

[1] J. L. Herman, *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1992.

[2] J. Wolpe, *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford (California), Stanford University Press, 1958.

[3] Scala SUD poate părea simplă, dar ea furnizează mai multe informații despre efectele imediate ale tratamentului asupra unei amintiri unice decât orice altă formă de măsurare. Pentru cele mai multe, ceea ce numim măsurile globale ale sănătății mintale au fost puse la punct pentru a evalua starea psihologică generală a subiectului: personalitatea sa și modul global de a fi și de a se comporta în raporturile sale cu lumea înconjurătoare. Ele nu au o mare utilitate atunci când e vorba de a determina dacă o singură ședință de EMDR cu cineva care a trecut prin multe evenimente perturbante a avut un efect oarecare. A trata un incident traumatic unic (vezi de exemplu camaradul care încasează glonțul care vă era destinat) la cineva care a suferit multiple traumatisme (mine anti-personale, un interogatoriu, pierderea unui picior), apoi a măsura sănătatea sa globală, revine la a ridica un buștean din preajma unei bunicuțe în flăcări și a măsura dacă focul încă mai produce căldură. Scala SUD, ea însăși, permite măsurarea temperaturii bușteanului singur, și practicienii EMDR o utilizează numai în acest scop în terapie. Ea permite terapeutului și clientului să vadă care a fost eficacitatea unei singure ședințe asupra unui eveniment particular. Mai târziu, se utilizează măsurile globale pentru evaluarea eficacității planului de tratament global, înțelegând aici toată seria de ședințe EMDR.

[4] F. Shapiro, «Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories», *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 1989, p. 199-223.
F. Shapiro, «Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 1989, p. 211-217.
Sper că alți psihologi citesc aceste articole și călăuzesc propriile lor studii spre eficacitatea EMDR. Este important, pentru că studiul meu are o slăbiciune: eu am fost în același timp și cea care a creat această terapie și cea care a administrat-o subiecților în timpul studiului, ceea ce putea să influențeze reacțiile lor. Trebuia o verificare din exterior a rezultatelor mele pentru ca ele să fie credibile. Mă aștept la manifestări de interes considerabile din partea cercetătorilor, dar aceasta nu se va produce imediat. E încă nevoie de ani pentru ca studiile să confirme efectele pozitive ale EMDR. Și totuși, terapeuții aveau imediat nevoie de o tehnică de tratament al suferinței. Cum nicio altă metodă nu indica rezultate comparabile, am început să-i învăț EMDR pe terapeuți cu titlul «procedură experimentală», așteptând concluziile studiilor.

[5] Astăzi, mai mult de douăsprezece studii controlate, referitoare la mai mult de trei sute de subiecți, au adus un suport pentru EMDR. Măsurători standardizate au arătat liniștirea unei serii de simptome, printre care angoasa, depresia, somatizările, reprezentările intruzive, comportamentele de evitare etc. Un studiu destinat victimelor violului a arătat că 90% dintre subiecți nu mai prezentau sindromul de stres post-traumatic după numai trei ședințe de terapie EMDR. Contrastul este frapant între acest studiu și singurul studiu controlat destinat victimelor violului, care arăta că după șapte ședințe 30% dintre subiecți au abandonat tratamentul, și că 45% dintre cei care au

rămas prezentau încă SSPT. Vezi S. D. Solomon, E. T. Gerrity şi A. M. Muff, «Efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder», *Journal of the American Medical Association*, 268, 1992, p. 633-638. Chiar dacă este făcută această comparaţie între experienţe separate şi conţinând aşadar confuzii, diferenţa procentajului de reuşită este foarte evocatoare. În plus, două studii despre populaţii cu risc major, unul consacrat adolescenţilor toxicomani ce se angajează în comportamente sexuale riscante şi celălalt despre delincvenţi sexuali adolescenţi, au arătat că numai câteva şedinţe EMDR reduc tulburările comportamentale, ridică nivelul de conştiinţă al pacienţilor şi scade probabilitatea unei noi treceri la act. Unul dintre studiile controlate despre EMDR recent efectuat a fost publicat în prestigioasa revistă *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. El arată că 84% dintre subiecţi nu mai aveau sindromul de stres post-traumatic după numai trei şedinţe EMDR. Aceste rezultate au fost din nou verificate în timpul unui control cincisprezece luni mai târziu. Cele optzeci de victime ale traumatismului din acel studiu suferiseră traumatisme mergând de la pierderea unei fiinţe dragi până la anunţarea unui diagnostic fatal, un viol, războiul sau catastrofe naturale.

Un alt studiu, finanţat de organizaţia privată Kaiser Permanente, compara EMDR cu metoda folosită în mod obişnuit cu clienţii lor. Trebuiau cinci şedinţe pentru a elimina simptomele celei mai mari părţi dintre cei care erau trataţi prin EMDR, acolo unde cea mai mare parte dintre cei trataţi în grupul de terapie standard sufereau încă după unsprezece şedinţe de tratament care combinau medicamentele, terapia individuală şi travaliul de grup. Urmare a acestui studiu, s-a estimat că a propune EMDR peste tot în regiunea unde studiul a fost făcut însemna o economisire pentru instituţie de 2,8 milioane de dolari pe an. Vezi anexa B pentru alte studii despre eficacitatea EMDR.

[6] I. P. Pavlov, *Conditional Reflexes*, New York, Liveright, 1927.

[7] M. A. Carskadon, *Encyclopedia of Sleep and Dreaming*, New York, Macmillan, 1993.

[8] J. Wolpe, *The Practice of Behavior Therapy*, New York, Pergamon Press, 1991, ediţia a IV-a.

[9] S. J. Ellman, J. S. Antrobus, *The Mind in Sleep*, New York, Wiley, 1991.

[10] C. Hong, C. Gillin, G. A. Callaghan, S. Potkin, «Correlation of rapid eye movement density with dream report length and not with movements in the dream: Evidence against the scanning hypothesis», *Annual Meeting Abstracts*, Association of Professional Sleep Societies, Poster, 12, 1992.

[11] M. S. Armstrong, K. Vaughan, «An orienting response model of eye movement desensitization», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1996, p. 21-32.

M. J. MacCulloch, M. P. Feldman, G. Wilkinson, «Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral elements of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: A theretical analysis», *British Journal of Psychiatry*, 169, 1996, p. 571-579.

[12] A. Arai, G. Lynch, «Factors regulating the magnitude of long-term potentiation induced by theta stimulation«, *Brain Research*, 598, 1992, p. 173-184.

[13] F. Shapiro, *Eye Movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*, New York, Guilford Press, 1995.

3

Spiritul şi sabia: moştenirea tragică a războiului

«Îi onorăm pe războinicii noştri pentru că ei sunt bravi şi pentru că, văzând moartea pe câmpul de bătălie, ei ne-au demonstrat respectul pentru grandoarea vieţii. »

Un bătrân al tribului indian Winnebago

Printre primele succese mai spectaculoase ale EMDR, au fost unele repurtate cu veteranii războiului din Vietnam, care încă mai sufereau de sindromul de stres post-traumatic la cincisprezece ani de la întoarcerea lor în ţară. Prima dată când am intrat într-un centru de asistenţă al Ministerului Veteranilor de Război, am fost şocată să descopăr câţi oameni erau profund afectaţi de război: aproape o treime dintre ei (bărbaţi şi femei) care au slujit în Vietnam au dezvoltat un sindrom de stres post-traumatic complet. Astăzi, după mai mult de douăzeci de ani de la semnarea acordului pentru încetarea focului, jumătate dintre ei mai prezintă încă simptomele [1].

Este important să înţelegem că simptomele tulburărilor psihice, în rândul cărora se află sindromul de stres post-traumatic, sunt extensii ale comportamentelor ce sunt familiare fiecăruia dintre noi. Dacă vă certaţi cu o persoană importantă pentru voi, de exemplu, vă puteţi afla în situaţia de a vă gândi la dispută într-un moment în care nu vreţi asta. O imagine mentală a scenei, furia voastră, angoasa, frica, sau cuvintele pronunţate în acel moment, pot să reapară atunci când sunteţi la muncă sau când o emisiune TV vă face să vă gândiţi acolo. Pentru început, disputa încetează să vă inoportuneze şi nici nu mai aveţi această intenţie. La persoanele suferind de sindrom de stres post-traumatic, aceste gânduri intruzive tulburătoare pot persista de-a lungul anilor. Timpul singur n-o scoate la capăt. Aceste persoane se pot trezi urlând din cauza aceluiaşi coşmar timp de luni de zile sau chiar ani. Imaginaţi-vă că trebuie să retrăiţi la infinit momentul exploziei unei bombe sau moartea unui bun camarad. Este ca şi cum creierul ar fi fost blocat în stare de şoc şi reface aceeaşi scenă în momente

imprevizibile, când sunteți treaz sau adormit. În anumite cazuri, persoana are flash-back–uri în mărime naturală, în timpul cărora emoțiile sunt atât de intense încât crede că retrăiește evenimentul.

La acești bărbați și aceste femei, traumatismul luptelor a fost închistat în sistemul lor nervos și a fost declanșat aproape zilnic de un sunet violent, de vise recurente, o durere fizică sau grijile vieții de fiecare zi. Capul le răsună de explozia bombelor de deasupra lor, camarazii ciopârțiți în fața lor, cereri de ajutor la care ei nu pot răspunde, fețe de oameni omorâți. Acești soldați mărșăluiesc mereu pe câmpurile minate ale unui război pe care restul țării aproape că l-a uitat.

Medicii cunosc de mult timp impactul psihologic asupra militarilor. În 1871, Jacob Mendes Da Costa a studiat cazul veteranilor din Războiul de Secesiune care se plângeau de dureri cardiace concrete [2]. El numea «iritabilitate cardiacă» boala lor, dar nu a reușit să o vindece. După Al Doilea Război Mondial, acest fenomen clinic s-a numit «inimă de soldat» sau «șocul obuzelor», ultimul termen descriind efectele psihice ale comoției cerebrale cauzate de obuzele artileriei.

După Al Doilea Război Mondial, psihiatrii au identificat tulburările emoționale pe termen lung ale veteranilor de război cu vocabula «nevroză de război». Pentru mulți dintre ei, acest termen reflecta ideea lui Freud conform căreia evenimentele din copilărie sau predispozițiile fizice erau adevărata cauză a suferințelor pacientului, războiul fiind doar revelatorul. Până în anii 70, mulți experți în sănătate mintală gândeau că o personalitate normală poate suporta fără probleme orice fel de stres de război, în orice cantitate. Acest mod de a vedea lucrurile a atras oprobriul asupra tuturor expresiilor traumatismului. Dacă veteranii vorbeau despre ceea ce-i făcea să sufere, erau considerați slabi sau anormali. Generații de veterani au dispărut fără să-și arate rănile psihice.

Cu toate acestea unii nu puteau să păstreze tăcerea. Se cunoaște suferința lor sub numele curent «șocul războiului» și, la sfârșitul celui de Al Doilea Război Mondial, mii de veterani psihologic tulburați erau internați în spitalele Ministerului Veteranilor de Război. Chiar și acum, veteranii celui de Al Doilea Război Mondial și cei din Coreea sunt internați în aceste spitale, suferind mereu din cauza amintirilor șocurilor traumatice pe care le-au suportat. Trecerea în retragere declanșează aceleași impresii de izolare și de panică pe care le-au cunoscut altădată în timpul luptelor și, cu aceste impresii, imaginile mentale ale câmpurilor de bătălie revin obsedându-i.

Deși aceste boli au fost bine marcate, numeroși profesioniști preferau să minimizeze efectele războiului. În 1968, în toiul războiului din Vietnam, traumatismele războiului erau considerate atât de rare încât American Psychiatric Association retrăgea toate mențiunile tulburărilor legate de stres din ediția cea mai recentă a manualului său de diagnostic oficial [3]. La puțin timp după publicarea acestui manual, un număr record de soldați americani au început să curgă în centrele pentru veterani, psihologic zdrobiți de serviciul din Vietnam. Acest război părea să fi afectat o mai mare proporție de bărbați și de femei din serviciul activ decât din războaiele precedente. Aceasta se poate explica în parte prin vârsta tânără a trupelor; majoritatea soldaților americani din Vietnam nu aveau decât optsprezece sau nouăsprezece ani. Alt factor posibil: situația politică haotică din Vietnam și lipsa scopurilor clare, în raport cu obiectivele patriotice din Al Doilea Război Mondial. În plus, primirea rezervată a veteranilor reveniți din Vietnam nu semăna sub nicio formă cu paradele triumfale care salutau întoarcerea

americanilor din războaiele precedente. Băieţii care se bătuseră în Vietnam se întorceau într-o societate civilă în care mulţi îi desconsiderau. Unii dintre ei blestemau literalmente şi scuipau deasupra mulţimilor care se postau la întâlnirea cu ei cu pancarte ostile la adresa războiului. După trecerea anilor, anumiţi veterani izbucneau încă în lacrimi povestindu-mi aceste scene.

A fost nevoie de încă doisprezece ani pentru ca la revizuirea din 1980 a manualului oficial de diagnostic psihiatric să se recunoască oficial suferinţele veteranilor războiului din Vietnam, şi să se denumească drept sindrom de stres post-traumatic. Progresiv, acest diagnostic a fost pus unui număr de aproape un milion de bărbaţi şi femei la întoarcerea din Vietnam. Printre ei, jumătate suferă încă de sindrom şi după douăzeci de ani. [4]. Trebuiau ajutaţi 11 % (aproape 400.000 de persoane) care prezentau simptome sigure de sindrom de stres post-traumatic, gânduri intruzive, coşmaruri sau flash-back-uri.

Totuşi, motivul ce face ca o maladie să fie în acelaşi timp răspândită şi oficial recunoscută nu se cunoaşte în întregime. Încă de la sfârşitul anilor 80, chestiunea celui mai eficient tratament al sindromului de stres post-traumatic provoca în mod regulat fricţiuni între psihoterapeuţi. Ei nu cădeau de acord decât asupra marii dificultăţi a acestui tratament. Puţini clienţi părăseau cabinetul de consultaţii sau spitalul debarasaţi de simptomele lor.

Bineînţeles, aceste controverse între şcoli de psihologie nu aduceau nimic nou. Terapeuţii diverselor şcoli făceau ce ştiau ei mai bine, chiar dacă rata de reuşită era decepţionantă. Cei ce aparţineau şcolii psihodinamice le spuneau veteranilor traumatizaţi că trebuie «să exprime» ceea ce-i face să sufere şi ceea ce le stăpâneşte astfel trecutul. Comportamentaliştii le spuneau că a vorbi este o pierdere de timp, trebuia pur şi simplu să se decondiţioneze de reacţiile vechiului război, dezadaptaţi, automatizaţi, să le utilizeze astăzi în faţa stimulilor vieţii civile. În acest timp, terapeuţii cognitivişti atacau credinţele negative ale veteranilor şi îi însărcinau să înveţe să gândească în mod diferit traumatismele lor. Farmacoterapeuţii prescriau anxiolitice şi antidepresive.

Niciuna dintre aceste abordări nu rezolva complet problema. Mii de veterani din Vietnam au încercat toate formele cunoscute de psihoterapie în douăzeci de ani, fără să constate, deloc, ameliorări a ceea ce-i făcea să sufere. După unii directori ai centrelor de tratament al sindromului de stres post-traumatic, în fiecare an era tot mai dificil de observat cea mai mică schimbare.

Eric Smith, un informatician de patruzeci de ani, politicos, îngrijit, cu voce suavă, era un ex-infanterist al războiului din Vietnam, care dusese cu douăzeci de ani în urmă o luptă infernală contra coşmarurilor recurente, unei depresii grave, unei insomnii, alcoolului şi drogului, gândurilor obsedante şi unei neîncetate culpabilităţi.

Mai târziu, el a devenit pentru mine reprezentativ pentru miile de bărbaţi şi de femei care se găseau mereu prinşi în ghearele războiului din Vietnam. Când l-am întâlnit pentru prima dată, suferinţa acestui bărbat captivant m-a atins profund.

În dimineaţa când părăsea viaţa sa fără istorie pentru a se afunda într-un vârtej ce avea să-l ducă în celălalt capăt al planetei, Eric avea nouăsprezece ani, părăsise liceul cu un an înainte şi locuia cu părinţii săi în Santa Barbara, California. Preşedintele Johnson a răspuns favorabil la cererea generalului Westmoreland de a creşte numărul soldaţilor din Vietnam până la 542.000 înainte de sfârşitul anului. Escaladarea

conflictului din Vietnam începuse. În acest cadru Eric a fost chemat sub arme, în iunie 1967.

Tânărul bărbat nu s-a îngrozit când a primit ordinul de apel; medicul de familie îl asigurase că datorită timpanului său perforat şi ulcerului îl vor declara inapt pentru serviciul militar. Dar spre marea lui surpriză, nu numai că a fost declarat valid la examenul medical, ci câteva ore mai târziu se găsea într-un avion, cu destinaţia câmpul de antrenament din Fort Bliss, în Texas. Nu avea haine de schimb, periuţă de dinţi, aparat de ras. Nu avusese timp să dea un telefon mamei sale pentru a o avertiza că nu va fi acolo pentru cină.

Şapte luni mai târziu, în ianuarie 1968, soldatul de primă clasă Eric Smith, din regimentul 199 infanterie uşoară cobora dintr-un vehicul de transport al trupelor în umezeala Saigonului. Teribila ofensivă a Têt-ului avea să înceapă câteva săptămâni mai târziu, pe 31. Eric nu ştia nimic despre Vietnam şi nici despre război. «Eram un puşti căruia i se dădeau ordine, îmi spuse. Când armata mi-a spus: „pleci în Vietnam", am făcut ce mi s-a spus. Nu aveam alte soluţii. Când am ajuns, mi-am zis: „Da, e teribil, dar trebuie să fac ce e de făcut. Mi-am satisfăcut serviciul militar şi am plecat". »

Foarte repede după sosirea sa, Eric fu trimis acasă în permisie excepţională: tatăl său, cu care avusese mereu relaţii dificile, era diagnosticat cu cancer la plămâni în stadiu avansat. Tatăl muri trei săptămâni mai târziu. La trei zile după, Eric se găsea din nou în Vietnam. La coborârea din avion, un sergent l-a prins de braţ spunându-i. «Bătrânul tău a murit. Tu eşti în Vietnam acum.»

Prima încercare serioasă a lui Eric a fost la o lună după întoarcerea sa în ţară. Compania sa se repliase până la albia unui râu când a zărit brusc că Paul, camaradul său, nu mai era. Eric se ridică dintr-un salt pentru a se întoarce să-l caute: Paul era singurul din secţie care avusese milă de novicele speriat care era Eric şi el îi arătase şiretlicurile meseriei. Dar sergentul urla: «Nimeni nu se întoarce ! Rămâneţi unde sunteţi !» mai târziu, găsiră corpul lui Paul. Eric puse cu grijă corpul prietenului său într-o husă, o ridică pe umeri şi plecă până la elicopter.

Ororile nu se opreau aici. Într-o ambuscadă de noapte, Eric avea datoria să facă apelul unui atac aerian pentru protejarea companiei contra unui bombardament cu mortiere, dar era posibil ca atacul să fi distrus un sat populat de femei şi copii. El nu a aflat niciodată numărul exact al morţilor (compania sa se puse în mişcare a doua zi), dar acest gând îl îngrozea. Într-o altă noapte, îşi văzu colegii asasinând un prizonier vietcong făcând să pară că a fost lăsat să scape pentru a putea să coboare din M16. I s-a dat ordin lui Eric să desemneze şi să antreneze un soldat pentru a-l înlocui ca şef de patrulă în timp ce el pleca în permisie. Băiatul a fost împuşcat la prima lui ieşire. În sfârşit, în septembrie 1968, în timpul unei patrulări în trei, Eric fu proiectat la mai mult de doi metri înălţime şi la cinci metri în spate de explozia unei capcane cu grenadă peste care trecuse. Schijele au explodat în capul bărbatului care îl urma şi au despicat în două pieptul şi burta soldatului din spatele lui, omorându-i pe amândoi. Grenada transformase picioarele lui Eric în zdrenţe sângerânde. Aceasta îi va aduce o medalie, şi el se va trezi într-un scaun rulant. În acea vreme, medicii militari i-au spus că nu-şi va recăpăta niciodată capacitatea de a-şi folosi pe deplin picioarele.

După un sejur de şase luni într-un spital militar din Japonia, Eric fu trimis acasă. A început o reeducare intensivă de doi ani (dar în final a ajuns la zece ani) pentru a folosi picioarele şi a reuşit. A decis să meargă la universitate. Se căsători şi avu doi

copii. A obținut un post destul de bun de informatician. Nu corpul său refuza să se vindece; spiritul, inima, sufletul său.

Eric suferea de coşmaruri recurente. Se puse pe băutură şi deveni rapid alcoolic. S-a apucat de paraşutism; petrecea week-end-uri întregi dându-şi şuturi cu adrenalină şi să retrăiască frica intensă a bătăliilor. Sportul la înălțime risca să prezinte o atracție puternică inconştientă pentru Eric, pentru că descărcările de adrenalină pe care i le provoca blocau toate celelalte gânduri, toate celelalte emoții. Era şi o activitate care îi permitea să-şi canalizeze agitația. Fără să ştie, foştii luptători atinşi de sindromul de stres post-traumatic sunt deseori conduşi la adoptarea comportamentelor care reproduc întâmplările din timpul luptelor şi care agravează suferința lor. Ei evită de exemplu relațiile de intimitate şi se îndepărtează de familie, sau au crize violente de furie în cursul cărora de multe ori ajung să-şi bată soția şi copiii. Suferința războiului e închistată în sistemul lor nervos, ca o intensă furie care le permite să ucidă. Ei sunt îngroziți să facă ceea ce fac, dar nu înțeleg şi nu reuşesc să se controleze.

Cât despre Eric, el revedea scene violente din războiul din Vietnam: aceleaşi cinci scene, de douăzeci de ori pe zi, zi după zi, fără încetare. Se credea nebun. Îşi zicea că în luptă a fost un laş. Că a luat cele mai proaste decizii, că mai bine murea în junglă. Îşi reproşa morțile la care asistase, era clar că ar fi putut să le împiedice dacă era un soldat mai bun, era sigur.

Printre gândurile obsedante ale lui Eric, era o fantasmă care îl tortura în care îşi vedea fiul şi fiica murind în fața lui şi el rămânea imobil, incapabil să facă să înceteze violențele asupra lor. Se imagina în situații agreabile, cum ar fi să fie primit de primarul oraşului, dar în cursul întrevederii el avea brusc un acces de violență care îl umilea şi oripila participanții. Aceste scenarii se repetau la infinit în gând, ca şi cum s-ar fi întors diabolic într-o buclă. Pentru a alunga aceste gânduri care nu încetau, lua marijuana, LSD şi cocaină, dar fără rezultat. Dormea puțin şi era mereu prea deprimat dimineața pentru a se ridica să se îmbrace şi să mănânce.

Din când în când, întreba medicii despre dificultățile sale. Ei îl priveau cu amabilitate şi spuneau: «Războiul a fost oribil şi Vietnamul a fost dur dar dumneavoastră veți fi bine.» A învățat să nu mai pună întrebări. Într-o zi, nouă ani mai târziu după întoarcerea din luptă, Eric se întorcea şi părăsea camera, refuzând să vorbească.

Un an mai târziu, se trezea urlând în noapte la spital unde fusese adus pentru un accident de paraşutism. Avea bazinul fracturat, un şurub în picior; corpul său era bandajat şi suspendat în pat exact cum a fost timp de şase lungi luni după teribila rănire. Spitalul a apelat la un psihiatru pentru a vorbi cu Eric. Psihiatrul ascultă istoria sa şi zise: «Războiul e infernul. Dar dumneavoastră vă veți face bine. Nu sunt probleme. Trebuie pur şi simplu să reîncepeți şi să continuați să urcați panta.»

Eric continuă să-şi ducă povara încă mulți ani. El şi soția lui s-au separat, apoi au divorțat. Ea a primit custodia fiului şi a fiicei lor. Afectiv, Eric se închise din ce în ce mai mult, şi-a abandonat prietenii pentru a frecventa oameni care nu făceau decât surfing, pilotaj şi paraşutism împreună cu el. Nimeni nu trebuia să-l apropie. Nu voia decât să ştie ce se întâmplă cu el.

Tentativele de a evita tot ce le aminteau de traumatism era unul dintre simptomele cele mai dezolante la aceşti veterani: se detaşau de ceilalți, chiar şi de ceilalți veterani care ar fi putut eventual să-i ajute. Asta are semnificația că ei se detaşau şi de amintirile

pozitive din timpul luptelor, ca solidaritatea şi legăturile pe care le-au avut cu alţi soldaţi. Se apucau deseori de băut sau de droguri pentru a atenua suferinţa şi a evita să se gândească la război. Reduceau activităţile şi deplasările pentru a nu se declanşa simptomele. Unii nu puteau circula pe stradă, să facă cumpărături sau să meargă să vadă un marş sportiv pentru că mulţimile şi haosul zgomotului din oraş remontau vechile frici şi declanşau terifiante flash-back-uri.

Într-un flash-back, viziunile, sunetele, mirosurile senzaţiile fizice şi emoţiile din momentul evenimentului original reveneau atât de violent încât veteranul se credea din nou în Vietnam. De exemplu, el se arunca la pământ auzind un zgomot de eşapament sau un avion trecând pe deasupra lui. Era o reacţie reflexă, ca atunci când lovim genunchiul; este incontrolabilă.

Flash-back-urile şi celelalte simptome intruzive fac parte dintr-o reacţie fiziologică automată la stimuli vechi; prezenţa lor este caracteristică sindromului de stres post-traumatic. Această hipersensibilitate supune persoana care suferă la voia numeroşilor stimuli. Chiar şi actul cel mai inocent, precum mâna unui prieten pusă afectuos pe umăr, poate trezi o reacţie fizică imediată de frică, angoasă sau suferinţă. Aceste simptome indică în mod clar că un eveniment traumatic este închistat în sistemul nervos. Cum el n-a fost elaborat, continuă să acţioneze, provocând reapariţia neîntreruptă de imagini, de emoţii şi de frici vechi.

În 1985, Eric a recunoscut că are nevoie de ajutor. S-a internat într-un centru de asistenţă a veteranilor de război din regiune şi a început să se întâlnească cu alţi veterani, să le asculte istoriile şi să le povestească cu durere pe ale sale. A fost colacul său de salvare. Şi-a dat seama cu uimire că şi alţii erau ca el. Ei au avut moduri diferite de a trăi, dar aveau toţi aceleaşi simptome şi aceleaşi dificultăţi.

După această descoperire, Eric a început o psihoterapie individuală care avea să dureze doi ani plini, în ritmul de o şedinţă pe săptămână. Psihoterapeutul, el însuşi veteran din aceeaşi unitate cu Eric, ştia din experienţă la ce se refereau coşmarurile sale. Eric a urmat şi o terapie de grup tradiţională, unde lucra cu alţi veterani ceea ce trăise în Vietnam. A văzut puţin câte puţin, că peste toate, el fusese un soldat competent, care a luat cu adevărat decizii bune sub focul inamic. El a reuşit să accepte ideea că toate morţile pe care-şi reproşa atât că le-a cauzat fuseseră în stare de legitimă apărare. Războiul era într-adevăr infernul, Eric recunoştea, şi el nu a putut să evite intrarea în el. Se ierta pe plan intelectual, dar nu reuşea să se ierte în plan emoţional. Terapia tradiţională nu era suficientă.

Dintre aproape un milion de veterani din Vietnam suferind de aceste simptome, mulţi au cerut ajutor psihologic Ministerului Veteranilor, ca Eric. După douăzeci de ani, se oferă acestor bărbaţi şi acestor femei terapii individuale, terapii de grup şi chiar îngrijiri în instituţii psihiatrice (putând înţelege psihoterapii psihodinamice aprofundate, terapii comportamentale, terapii de grup, farmacoterapii şi încă alte forme de terapie). Din nefericire, s-au făcut puţine studii despre aceste tratamente, şi cele câteva cercetări efectuate au arătat puţine rezultate pozitive. Singurele date clare arată rezistenţa ridicată a sindroamelor de stres post-traumatic la efectul placebo demonstrat prin studii medicamentoase [5]. Acest fapt pare să indice că în sindromul de stres post-traumatic este un aspect fiziologic pe care trebuie să-l luăm în seamă înainte ca victimele să se poată vindeca. Până la apariţia EMDR, nici un studiu controlat despre tratamentul acestor simptome la veterani nu arăta o rată de reuşită superioară lui 30%.

Dacă terapia de grup a fost propusă în toate centrele de îngrijire ale Administrației Veteranilor, eficiența ei nu făcea obiectul niciunui studiu controlat. Mărturiile personale pe care le-am obținut în preajma veteranilor, totuşi, arătau că şedințele de grup aduceau o alinare participanților făcându-i să vadă că nu sunt singuri. Şi totuşi, cuvântul şi prizele de conştiință ce se produceau în grupul de terapie nu puteau să nu aibă niciun efect asupra simptomelor înseşi. Înțelegerea singură aparent nu ajungea. Chiar dacă veteranii, în grupul de terapie, sunt capabili să-i ierte pe alții pentru ceea ce au făcut în timpul luptelor, ei sunt deseori incapabili să-şi acorde lor înşişi aceeaşi iertare. Printr-o curioasă ironie, în general propria lor noblețe sufletească este sursa suferinței acestor veterani. Faptul că ei înşişi se consideră ca fiind răi şi fără valoare din cauza celor făcute în Vietnam este de prețuit; este evident că dacă aceşti bărbați erau atât de demni de dispreț precum ideile lor obsedante îi fac să gândească, ei nu aveau nicio remuşcare pentru ceea ce au făcut în timpul războiului. Şi ei nu ar fi continuat să sufere după toți aceşti ani. Ei înțelegeau că situația este un paradox pentru alții, dar foarte rar pentru ei înşişi.

Chiar şi Eric a înțeles clar că nu e nebun, sentimentele sale referitoare la războiul din Vietnam nu se schimbau. Coşmarurile, ideile obsedante şi flash-back-urile continuau. În iarna 1986-1987, la nouăsprezece ani după întoarcerea din Vietnam, el trecea foarte aproape de suicid. Într-o seară, când era într-un sejur de schi la Salt Lake City, era în camera de hotel, la etajul al şaselea. Era ora 23. A scris în jurnal, aşa cum l-a sfătuit terapeutul; încercă să-şi amintească câteva detalii care îi scăpau, în legătură cu unul dintre cele mai rele lucruri, cu una dintre amintirile cele mai obsedante din timpul războiului. Încă de când a început să scrie, amintirea se derula în fața lui. «Acolo, încă mă mai simțeam responsabil de morțile acelea, îmi spunea mai târziu. Nu puteam să mai suport. Mi-am spus că am distrus vieți şi că nu meritam să mai trăiesc.»

Se ridică şi se îndreptă spre fereastră, cu intenția de a sări. Atunci, pentru un motiv pe care nu-l va şti niciodată, se opri, se aşeză pe jos şi întinse mâna spre telefon. Formă «o» şi spuse plângând: «Dați-mi poliția. Mă simt foarte rău.»

A fost transportat în primul rând la urgențe, apoi la serviciul psihiatric al spitalului local. A petrecut trei zile înfricoşătoare observând alți pacienți şi întrebându-se dacă el însuşi este nebun. La întoarcerea acasă, făcu o cerere pentru a intra într-un program intensiv la spital pentru trei luni pentru pacienții suferind de sindrom de stres post-traumatic; acest program primea foşti militari care aveau cele mai multe şanse de vindecare completă. Cea mai mare parte dintre psihologii şi psihiatrii din acest program foarte renumit erau ei înşişi veterani din Vietnam. Rata de reuşită nu era ridicată (15 %), dar era mai ridicată decât a celorlalte tratamente existente pentru veteranii epocii.

După trei luni de tratament spitalicesc intensiv, totuşi, nimic nu se schimbase pentru Eric. El era mereu deprimat grav şi avea mereu gânduri obsedante în legătură cu aceleaşi cinci evenimente din Vietnam. A fost repartizat la centrul de asistență pentru veterani din San Jose, a reluat terapia de grup şi a încercat să păstreze perspective pozitive. Dar în realitate Eric îşi pierduse toate speranțele. Chiar şi antidepresivele, care aveau un efect nu de mult, nu-i mai ofereau alinare.

Studiile au arătat că numărul de traumatisme suportate de o persoană, numărul perioadelor de serviciu pe care l-au efectuat şi intensitatea elementelor de stres pe care le-a întâlnit contribuie la severitatea sindromului [6]. În plus, evenimentele traumatice ale

copilăriei pot accentua vulnerabilitatea la SSPT (în cazul lui Eric, relația sa dificilă cu tatăl său și moartea brutală a acestuia l-au predispus poate foarte tare la SSPT).

Într-o seară, în grup, terapeutul vorbea despre lucrările mele bărbaților prezenți și menționa că eu căutam veterani din Vietnam care suferă de gânduri obsedante pentru a încerca tehnica mea. Cei mai mulți dintre ei au refuzat. Nu voiau să lucreze cu o femeie. Nu voiau să lucreze cu cineva care nu era veteran din Vietnam, care nu fusese acolo. Nu voiau să mai încerce un tratament «experimental» în plus; aveau mereu impresia că sunt pioni, cobai, de la începutul războiului. Eric nu. Puțin îi păsa. Pentru el, puteam fi un bărbat, o femeie, un veteran, un civil, sau o nouă formă de viață venită din altă galaxie. Nu mai credea mare lucru despre planul rezultatelor, dar era gata să încerce orice.

Eu și Eric am încercat să lucrăm împreună în martie 1988, la douăzeci de ani după sosirea de pe pământul vietnamez. În timpul primei ședințe de EMDR (a fost nevoie de cinci, de câte 90 de minute, repartizate pe următoarele nouă săptămâni), i-am cerut lui Eric să-mi vorbească despre gândurile lui obsedante. Cu vocea sa liniștită, el îmi descrise luptele care continuau să facă ravagii în capul său, de douăzeci de ori pe zi.

«Am impresia că am o atracție perversă pentru aceste idei, ca oamenii care se înghesuie să vadă un accident pe stradă. Sunt înțepenit într-o buclă ce se întoarce mereu. Nu mai pot să suport.» Vorbind, Eric a întors capul și privea pe fereastră, își înghițea saliva fără încetare. «Revăd scene din Vietnam, situații despre care nu voi ști niciodată dacă am făcut ceea ce trebuia sau nu.» Ceea ce sărea în ochi, în timp ce-mi dădea detalii, era culpabilitatea teribilă în două situații particulare din război când el se simțea responsabil de morțile care s-au produs. Am decis să folosesc în primul rând EMDR pentru aceste două situații și să văd unde ne duce acest lucru.

Să începem cu incidentul cu prizonierul, am spus eu cu blândețe. Spune-mi puțin mai multe.»

Eric se întoarse spre mine și mă privi drept în ochi:

«Foarte bine. Am capturat un vietcong. Înainte, un batalion nord-american ne-a blocat timp de o noapte și o zi întreagă. Ei dețineau înălțimea unei coline și ne strângeau unul câte unul. Mai mult de o sută dintre flăcăii noștri fuseseră uciși sau răniți. În tot acest timp, până la urmă, vietnamezii au evacuat personalul lor și, când am ajuns sus, nu mai era nimic. Nimic. Multe pierderi pentru noi și nicio idee despre cei ce ne-o făcuseră. Flăcăii erau de-a dreptul enervați.

«Făceam gărzi de două ore. Dormeam, trebuie să fi fost ora 5 dimineața, un altul începea garda. S-a întâmplat că flăcăii au hotărât să lase intenționat prizonierul să fugă, pentru a-l ucide.» Respirația lui Eric era scurtă, vocea greu de auzit. «m-am trezit în toiul faptei, auzindu-i zbierând. Apoi flăcăul de lângă mine l-a doborât. Eu eram cel mai vechi. Mă gândesc mereu că trebuia să fac ceva pentru a-i opri.»

Când i-am cerut lui Eric să rezume într-o frază emoțiile provocate de acest eveniment, a rămas tăcut mult timp, apoi murmură: «Trebuia *să fac* ceva.» A evaluat sentimentul de culpabilitate la 9 din 10 pe scala SUD. Când l-am întrebat dacă are o frază pozitivă pentru a exprima ce voia să resimtă la gândul acestui incident, răspunse imediat: «Nu eram responsabil.»

Era un bun început.

«Bun. Reprezentați-vă scena și păstrați în minte cuvintele „Trebuia să fac ceva".» Credeam că asta îl va face să activeze acea parte a amintirii care avea nevoie de tratament. Pentru a stimula sistemul de tratament al informațiilor, mi-am pus mâna în

mişcare, pe diagonale scurte şi rapide, ochii lui Eric urmărind degetele mele. Între secvenţele de mişcări oculare, îi spuneam «să şteargă tot şi să respire adânc».

După două secvenţe de mişcări oculare, Eric mi-a indicat că imaginea rămânea neschimbată, dar că emoţiile scăzuseră la 6 sau 7. «Aştept rafala lui M16 la cincizeci de centimetri de capul meu şi-mi imaginez efectul.»

I-am mai făcut două secvenţe. Brusc, Eric avu un mic râs de surpriză. «Zgomotul e mai slab şi emoţiile sunt la 4. E ca şi cum eu nu aş fi avut nimic de-a face cu asta. Bineînţeles, a murit cineva, dar ... »

Alte secvenţe. «Sunt la 2 acum. Pur şi simplu asist la o scenă.

—Unde vă aflaţi în raport cu fraza „Nu eram responsabil" ? îl întreb.

Eric respira profund. Umerii săi se destindeau imperceptibil. «E bine, eu nu eram responsabil. Dar eu continuu să fiu trist. Încep să mă destind şi să mă văd acolo, dar mereu moare câte cineva şi mi-e frică să nu revină oroarea.»

Alte două secvenţe. «Cineva a murit. Nu mă simt responsabil, mă simt mai puţin vinovat, mă simt fără vină. Asta îmi dă încredere în trucul dvs. *(în EMDR)*, spuse Eric râzând. Este clar, dacă dvs. sunteţi capabilă să alungaţi frica asta, pot şi eu.»

Alte secvenţe. Spunea că emoţiile sunt mereu la 2.

Idem. Nicio schimbare.

«Ce le-ar face să treacă la 1 ? îl întreb.

—Nimic, răspunde Eric: mereu moare cineva. Eram prezent fizic, aş fi putut fizic să fac ceva, dar îmi face rău să pretind că nu aveam nicio responsabilitate. Fiind om pur şi simplu, aveam o şansă să împiedic pe cineva să moară.» Îi veni o idee nouă. «Nu am avut prezenţă de spirit, m-am trezit exact acolo şi nu am văzut destul pentru a distinge unde trăgeau. Am văzut că trăgeau într-un singur tip, dar ar fi putut să fie acolo încă cinci în spatele lui.»

Rămase liniştit câteva momente, apoi scutură capul. Aşteptam. Spuse brusc: «Chiar nu puteam mare lucru. Nu m-am gândit niciodată la această parte a amintirii: am acţionat cum trebuia.»

Această priză de conştiinţă spontană a lui Eric era identică cu cele pe care le văzusem în mărturiile unui studiu anterior. Puteam pur şi simplu să sper că ea era proba aceluiaşi tip de schimbare pe care o văzusem la cei ce participaseră la studiu. Era clar că aceste gânduri pozitive noi trebuia să fie susţinute în plan emoţional: înţelegerea de ordin intelectual nu era suficientă.

Văzându-l pe Eric progresând din asociaţie în asociaţie pe câmpul minat al amintirilor din Vietnam, mă gândeam că această emoţie cu care acţionase într-un mod adaptat nefăcând să înceteze tirul era mereu disponibilă în mintea sa, căci nu era o informaţie nouă şi era într-adevăr obiectivă. Dar, pentru un motiv sau altul, Eric nu a putut să acceadă la ea înainte. Era ca şi cum tehnica mea deschidea un bloc fizic în sistemul de prelucrare a informaţiilor, ce-i permitea lui Eric să acceadă la această informaţie şi să rezolve astfel traumatismul. Dacă era adevărat, atunci Eric trebuia să fie conectat la acest sistem de vindecare pe care gândeam că l-am observat în timpul studiului meu.

Avea sens. Corpul este echipat, fiziologic, pentru supravieţuire; pentru a trăi, noi ne adaptăm la diferitele împrejurări fizice. De ce ar fi altfel cu spiritul ? Trebuie şi el să fie echipat pentru a furniza răspunsuri adaptate, care măresc şansele noastre de supravieţuire. Fără îndoială a simţi tristeţe pentru moartea partizanului era mai adaptat

decât a se simți (pe nedrept) responsabil de moartea lui. Dar înainte de deschidere, grație EMDR, amintirea tirului, care rămânea până la înmagazinarea în sistemul său nervos, Eric nu putea să acceadă la noțiunea adaptată, mai adaptată, și ea stocată în sistemul nervos.

Prima noastră ședință de EMDR a durat 40 de minute. «Vom aborda scena satului, i-am spus. Eric a consimțit dând din cap. Buzele îi erau lipite. Această amintire era prea dură.

«Iată. Eram plecat în ambuscadă, compania mea era sub focul mortierelor. Am avansat într-o zonă unde am găsit vietcongii care trăgeau de sus. Am chemat artileria. Problema era că eu nu o mai făcusem niciodată, că nu eram foarte precis, și i-am făcut să dea o lovitură foarte aproape de un sat. Asta a fost teribil.» Avea ochii în lacrimi; l-am privit calm, și-a întors fața. «Copiii ... » Cuvintele se blocau în gât. «Nu știam dacă am făcut ca obuzele să cadă deasupra satului și dacă toată lumea murise.»

Rezumase într-o frază lecția negativă pe care a primit-o de la bombardament: «Am făcut într-adevăr orice.» Îmi spuse că intensitatea fricii se ridicase la 8 din 10 pe scala SUD: frica de a face ce nu trebuia, frica de a muri și frica de a face ce nu era competent să facă: am început secvența utilizând mișcările oculare orizontale. După prima, Eric spuse: «Nu pot să mă gândesc acolo.»

Altă secvență. Nicio schimbare. Am trecut la mișcări oculare în diagonală și am parcurs alte două secvențe. Când am controlat împreună cu Eric, îmi spuse: «Am fost obligat să apelez la artilerie fără să știu cum se face. Flăcăii mi-au dat instrucțiuni bune prin radio, dar ... se făcuse noapte. Când credeau că i-au localizat, au început balansul unui tir de reper. Acesta a explodat la o sută cincizeci de metri, dar am avut impresia că era chiar lângă noi. Le-am spus flăcăilor prin radio, și mi-au răspuns: „Bun, o să trimitem unul adevărat de data asta."

—Păstrați această imagine și impresia pericolului în minte, i-am spus. Trei noi secvențe în diagonală. Lucrurile evoluau mult mai încet decât înainte. Eric îmi spuse că intensitatea fricii era acum la 4.

Alte secvențe. «Sunt niște schimbări. În primele secvențe, eram în Vietnam. Văd unde sunt acum *(în birou)*. Sunt sănătos și mă simt nevătămat și e în regulă.»

Altă secvență. Frica lui Eric coborî la 2. «Știu unde sunt, dar încă îmi e frică. Emoțional, sunt cu totul aici, dar încă îmi e frică.» Alte două secvențe. Frica era la 1,5.

«Ce se întâmplă când revedeți scena, ce resimțiți ? îl întreb eu.

—E mai dur, de data asta să spun „S-a terminat."»

Altă secvență. Acum, frica urcase la 2 sau 3. «Nu știu de ce, mi-e jenă să spun: „S-a terminat", recunoscu Eric. Nu s-a terminat. Încă îmi e frică.»

Altă secvență. Frica lui Eric rămânea la 2. Alte două secvențe.

Îl întreb: «Ce resimțiți când spuneți: „Am făcut ce era mai bine"?

—Mă jenează. Am făcut ce era mai bine, dar nu era ceva faimos. Am făcut ce era mai bine, dar nu știu dacă asta a contat.» Eric se opri, înclină capul într-o parte și-și încreți ușor sprâncenele. «Dar mortierele din bombardierele noastre s-au oprit. Deci, am făcut cu adevărat ceva. Nu știam câți oameni au murit. Nu aveam destule informații pentru a ști dacă făceam ce trebuia. Ce știam era că am făcut ce am putut eu mai bine.» Ridică sprâncenele, fața lui părea că se deschide și se destinde. «Este posibil să fi făcut ce trebuia. Mortierul s-a oprit. Aveam datoria să trag din plin pe sus. Oamenii din jurul

mortierului erau morţi, dar au murit mai puţini flăcăi din compania mea.» Bărbia-i coborî, şi scutură capul.

«Ce era acolo ?»

Eric plângea. Frica se schimbase în tristeţe. «Au murit oameni, oameni pe care îi cunoşteam.» S-a redresat şi s-a aşezat mai drept. Şi-a înfipt coatele în braţele fotoliului cu pumnii strânşi. Plângea în hohote. Refuză batista de hârtie. După acest moment, am început altă secvenţă. Cu ochii roşii, Eric urmărea mâna mea. A fost o secvenţă mult mai lungă decât cele pe care le făcusem până atunci.

«Şi acum ?» întrebă el cu blândeţe.

A fost o tăcere lungă. «nu mai e atât de rău, dar ... mă întorc mereu la tristeţe.

—Bun. Reîncepem.» Am condus o nouă secvenţă.

«Sunt la 6.»

Alte secvenţe.

«5.

—Dar dvs unde sunteţi acum ?

—Chiar mureau oameni. E ca şi cum aş fi văzut asta la ştiri. Ultima dată, nu eram implicat personal. Nu erau oameni pe care îi cunoşteam.»

Altă secvenţă. 4.

Altă secvenţă. 3.

Altă secvenţă. O nouă frică apăru. «Mă simt rău pentru că mi-am zis că asta mă va face să sufăr mereu şi după douăzeci de ani. Mi se face frică. Am impresia că nu o să ies niciodată din frica asta.»

Altă secvenţă. 2.

Altă secvenţă. 2.

«Ce resimţiţi acum ?

—Sunt trist că mi s-a întâmplat toată povestea. Sunt trist pentru aceşti morţi. Pentru toţi cei ce au fost omorâţi sau răniţi. Ne facem datoria acolo, asta-i tot. Mă gândesc la familii ... » Eric se prăbuşi. Figura lui era răvăşită de lacrimi dar se ţinea foarte drept pe scaun.

«Şi dvs., cum vă vedeţi acolo ?

—Am avut rolul pe care l-am avut ...» Lacrimile reapar. Eric priveşte fix tavanul. «Am sentimente amestecate, sunt mulţumit că am rămas în viaţă şi că am împiedicat nişte tipi să se omoare.» Lacrimile revin. «Dar mi se face frică să spun că e pur şi simplu o chestiune de noroc să te fi aflat într-un loc sau altul în acea noapte. Nu au murit cei răi şi cei buni au scăpat. Asta depinde de împrejurările în care s-au aflat. Eu nu eram acolo unde cădeau obuzele mortierelor, de aceea am supravieţuit acelei nopţi.» Eric îşi lasă capul să cadă şi plânge în hohote gălăgioase.

«E un amestec între faptul de a şti că aş fi avut dreptul şi că nu ... Cum să decizi pe cine-l faci să debarce şi cine va trăi ?

—Dumneavoastră aţi făcut-o ?

—Ce ?

—Aţi decis ?»

Eric plânge încă. «Aş fi putut să aleg să nu apelez la artilerie, să nu-i fac să omoare, dar alţi oameni ar fi murit în locul lor, e clar. Nu am avut posibilitatea să aleg între a face nişte oameni să moară şi a-i face să trăiască. Dar a fost de partea mea să decid cine să moară. Cred că nu a fost o decizie prea dificil de luat pentru că eu

cunoşteam oamenii din compania mea şi nu cunoşteam vietcongii, oamenii satului. Pe de altă parte, a fost o decizie uşor de luat. Dar ceea ce este dur este de partea cui eşti. Ca în *le Choix de Sophie* (*Alegerea Sofiei*).»

Altă secvenţă. Eric plângea mereu, cu mâinile încrucişate, degetele strânse.

«Acum nu mai e atât de puternic.»

Altă secvenţă.

«Mai puţin.»

Altă secvenţă. Eric încetează cu plânsul, priveşte pe fereastră în stânga lui.

«Cât e acum ? îl întreb.

— 4, răspunde el.

—Şi ce simţiţi ?

—Mereu tristeţe pentru aceste morţi care au avut loc. E mai puţin puternic pentru că am început să fiu puţin raţional şi să admit că nu aveam de ales. Nu am ales eu să moară sau nu acei oameni. În acea situaţie eu nu aveam într-adevăr posibilitatea să decid ce ...»

Lacrimile îi înăbuşeau vocea. Scutura mereu capul. Nu m-am gândit pe moment: părea evident. Îmi pare şi mai evident acum. S-a tras deasupra noastră, am fost atacaţi. Lucrul evident de făcut era să întoarcem atacul.»

Eric se opri dând din cap. Apoi mă privi cu un aer stingherit şi avu un râs trist. «Am făcut ce puteam mai bine.

—Este sigur. Şi mortierul s-a oprit. Dar nu s-a terminat. Nu s-a terminat pentru mine.»

M-am aplecat spre el. «Puteţi să daţi la o parte sensibilitatea dumneavoastră, dragostea pe care aţi dovedit-o pentru orice viaţă, să păstraţi toate astea şi în acelaşi timp să vă autorizaţi să gândiţi că, în circumstanţe imposibile, aţi făcut ce-aţi putut mai bine, aţi acţionat cum trebuia, aţi ajutat la salvarea vieţilor celor ce vă înconjurau ?»

Eric scutură capul. «Mi-e greu să separ lucrurile. Toate s-au întâmplat pentru că am încercat să împiedic atâtea morţi. Dar până la urmă cu toate astea au fost morţi. Mi-e greu să-mi spun că probabil au fost mai puţini morţi decât ar fi fost de altfel.

—Puteţi să vă gândiţi la acţiunea dumneavoastră în această situaţie şi să vă gândiţi la cuvintele: „Au fost mai puţini morţi" ?

—Da.»

Altă secvenţă. «E mai bine. E greu să te ţii de asta, dar e mai bine.»

Altă secvenţă. Eric respiră adânc. «E aproape identic.»

Altă secvenţă. «E bine. Simt că e bine pentru că mi-am zis că am făcut treabă bună. I-am oprit. Şi i-am oprit.»

În această amintire, intensitatea fricii lui Eric a început cu 8 (pe scala de la 0 la 10), a scăzut până la 1,5 şi a urcat dintr-o dată la 6. Verificând cu el, am înţeles emoţia ce-l încerca şi că tot ce urma să măsurăm urma să se schimbe. Frica se transforma în tristeţe şi creşterea intensităţii se referea la această emoţie. În timp ce lucram cu ea, tristeţea lui Eric descreştea şi ea. Trecând de la frică şi vină («am făcut orice») la tristeţe («Au murit oameni»), Eric avansa spre o rezolvare sănătoasă şi adaptată a traumatismului.

Când a revenit, o săptămână mai târziu, Eric mi-a relatat că nu a mai avut coşmaruri de la prima noastră şedinţă. Era pentru prima dată în douăzeci de ani când dormea profund şapte nopţi la rând.

La începutul celei de-a doua şedinţe, eu şi Eric am trecut în revistă lista celor cinci amintiri traumatice din Vietnam, refăcând evaluarea SUD pentru fiecare. Ne-am dat seama că există o reducere a intensităţii fiecăreia dintre aceste amintiri, asupra cărora totuşi nu lucrasem. Era cam acelaşi gen de efect generalizant pe care îl văzusem în studiul meu. Aveam impresia că am putut asista la procesul de creare a gândirii. Nu numai amintirile şi emoţiile apăreau graţie procesului asociativ în cursul şedinţei EMDR, dar rezolvarea suferinţei emoţionale legate de incidentul traumatic părea să se propage în jur şi să dezamorseze emoţii analoage suscitate de alte incidente.

Ne-am interesat de dificultăţile profesionale care-l agasau şi-l preocupau mult pe Eric. Până la sfârşitul acestei a doua şedinţe, ne-am concentrat lucrul pe emoţiile violente ale lui Eric ţinând seama de rănile cauzate de grenada care i-a zdrobit picioarele şi a trebuit să-l lase infirm pe viaţă. După mai multe secvenţe de mişcări oculare, Eric se puse pe plâns. Nu-şi mai amintea ce se întâmplase şi se simţea prea blocat pentru a continua. Nu am putut să mergem mai departe.

La începutul celei de a treia şedinţe, l-am întrebat pe Eric ce anume l-a determinat să ajungă la ideea că a fost obligat să ceară un atac al artileriei atât de aproape de sat. Era încercat de angoasă şi de frică; a evaluat intensitatea acestor sentimente la 6 din 10.

«Nu ştiu ce s-a întâmplat în aceea noapte acolo, îmi spuse Eric, cine murise şi cine nu murise. Îmi imaginez, asta-i tot. Nu-mi amintesc niciodată mare lucru. Dacă aş putea să am o imagine despre ceea ce s-a întâmplat, m-aş afunda într-o chestie pe care nu am poftă să o cunosc.

—Ce credeţi despre fraza „Este vina mea" ? l-am întrebat. Sună corect ?

—În plan emoţional, da, dar intelectual ştiu că am făcut ce aveam de făcut. Ţinând cont de informaţiile pe care le aveam, am luat cea mai bună decizie.»

Am trecut atunci la consecinţele teribile şi dureroase ale rănii produse de grenadă: stând alungit în elicopter lângă morţi şi muribunzi, şocul pe care l-a resimţit văzând starea picioarelor sale şi impresia terifiantă de neputinţă imaginându-se toată viaţa într-un scaun cu rotile. Îngrijirile (şase luni de spital şi aproape zece ani de reeducare pe lângă spital) l-au adus pe Eric în pragul disperării; se părea că coşmarurile nu se vor sfârşi niciodată.

De această dată, deşi nu-şi amintea deloc explozia, Eric fu capabil să vizioneze mintal scena şi să regăsească frica pe care o avusese. La un moment dat, între două secvenţe, Eric mi-a povestit că aproape decisese să lase să i se amputeze piciorul cel mai grav afectat pentru a putea să-şi continue viaţa. După multe alte secvenţe, mi-a spus: «Sunt mulţumit că nu am fost abandonat.» Altă secvenţă. «Acum, văd rezultatul.» Încă o secvenţă. «Mă simt încă mai bine.»După o ultimă secvenţă, Eric nu mai era tulburat câtuşi de puţin. «Acum, pot să spun că e o istorie veche.»

La sfârşitul celei de-a treia şedinţe, i-am cerut lui Eric, pentru a doua oară, să revină la incidentul cu tirul de artilerie.

«Mă simt mai bine. Am făcut o alegere bună. O văd mai clar. Sunt la 1 sau 2.

—Pe scala *(VOC)* de la 1 la 7, cum situaţi justeţea frazei „Am făcut tot ce era mai bine"?

—La 4. Şi totuşi au fost morţi. Nu a fost o alegere bună. Nu putem fi liniştiţi cu asta. Pur şi simplu am impresia că am făcut ce aveam de făcut, în acel timp. Dar nu pot să-mi imaginez că într-o zi voi putea să mă simt bine la gândul ăsta. Moartea era peste tot. Am făcut într-adevăr tot ce puteam, dar nu am putut să împiedic să fie morţi.» Rămase îngândurat o clipă.

«Ar putea fi un 6 sau un 7. Am făcut într-adevăr tot ce puteam [7]. »

În timpul celei de-a patra şedinţe, ne-am servit de EMDR pentru a lucra cu alte amintiri din războiul lui Eric, apoi cu situaţii din prezent care-i declanşau idei intruzive şi obsedante la lucru. Legătura era evidentă: Eric având impresia că nu avea nicio stăpânire asupra evenimentelor de altădată din Vietnam, el era extrem de sensibil la întâmplările de acelaşi ordin din prezent. În consecinţă, când se afla în situaţii în care nu putea să controleze ceea ce se întâmpla, emoţiile pe care le cunoscuse altădată în Vietnam se declanşau. Era un cerc vicios, dar psihologic el se producea des din necesitatea de a supravieţui. Sau învăţăm să reacţionăm în faţa unui pericol sau murim.

Gândirea afectează prezentul chiar dacă nu suntem conştienţi de acest lucru. Această noţiune este fără îndoială aportul cel mai important al lui Freud în psihologie; graţie efectelor extrem de rapide ale EMDR, am fost martorul a nenumărate reprize lucrând cu clienţii mei. Trecutul nu cauzează inevitabil disfuncţiuni, dar el ne învaţă lucruri pe care le încorporăm în reacţiile emoţionale şi în deciziile actuale. Această învăţătură interesează frecvent ceea ce este periculos, sau ceea ce noi considerăm ca atare, şi declanşează reacţii de atac sau de fugă.

Pentru a ilustra acest punct, Eric era încercat de o furie enormă când avea impresia că o situaţie îi scăpa, ceea ce provoca în el multă detresă. Toţi cei ce lucrează în stres, cum e cazul întreprinderii lui Eric, ştiu bine că furia şi frustrarea sunt inevitabile până la un anumit punct. Dar furia lui Eric exploda cu o forţă pe care nu o înţelegea. În timp ce lucram cu un incident recent de la locul de muncă, Eric mă oprea des şi-mi zicea: «Tocmai am înţeles că furia asta mi-a permis să rămân în Vietnam. Ea mi-a permis să omor.»

În cursul celei de-a patra şedinţe, am elaborat această mânie şi Eric a ajuns la cogniţia pozitivă următoare: «Ştiu să mă controlez.» Voia să spună nu numai că avea posibilitatea să aleagă în situaţiile prezente, dar şi că nu se mai temea de propria furie. Îmi spuse: «Mi-am dat seama, când sunt furios, că nu mă mai copleşeşte. Eu ştiu să mă servesc de ea.» Mai târziu, mi-a povestit că îl încerca o nouă impresie de plăcere la locul de muncă. Se simţea liber să reacţioneze natural cu colegii săi şi evalua că plăcerea sa, ca şi productivitatea sa crescuseră. El nu ocupase locul său solid în prezent tot dezvoltând ceea ce rămăsese în urma întâmplărilor războiului din Vietnam.

O lună după a cincea şi ultima noastră şedinţă, l-am chemat pe Eric pentru a vedea dacă efectele tratamentului EMDR persistau. Eric mi-a spus că nu mai avea coşmaruri şi gânduri obsedante şi că depresia dispăruse. L-am chemat din nou pentru verificări după un an: acelaşi lucru. Şi un an mai târziu, totul mergea mereu bine.

Astăzi, la opt ani după cele cinci şedinţe de EMDR, Eric Smith se consideră un bărbat pur şi simplu fericit. Eliberat de legăturile trecutului, el poate fi înscris în prezent împlinit şi bucuros. A creat propria lui întreprindere de consultant în informatică, s-a

recăsătorit şi mai are o fiică. Viaţa lui e cu adevărat plăcută. «Am găsit lumina la capătul tunelului, şi ea străluceşte încă», zise el surâzând.

În raport cu terapiile anterioare ale lui Eric, ce a făcut EMDR ? Înainte, Eric a fost mult timp în terapie cu oameni foarte competenţi. Aceste terapii l-au ajutat să se debaraseze de droguri şi de alcool şi i-au dat o înţelegere intelectuală a faptului că el nu era responsabil de toate acele morţi din Vietnam. Dar aceste rezultate nu erau suficiente.

Eric nu a ştiut niciodată dacă femeile şi copiii din sat au fost omorâţi. El credea că da, căci un obuz nu ştie pe cine să lovească şi pe cine să cruţe. În urma raportului de misiune făcut după atacul artileriei, superiorii lui Eric i-au spus că a făcut treabă bună. Dar în el însuşi Eric nu era de acord, şi el nu va fi niciodată.

«Eu nu ştiam ce semnificaţie avea faptul de a fi în armată, înainte de a sosi în Vietnam, şi atunci era prea târziu, îmi spuse Eric. Nu cunoaştem mizele înainte de a fi cu nasul înăuntru. Nu mi-a plăcut asta niciodată. Am fost obligat să fac lucruri pe care nu credeam niciodată că o să le fac. Chiar şi bunica mi-a spus: „Era război, era normal". Dar nu era normal. Războiul nu are niciun sens pentru mine. Armata nici atât. În Vietnam, nu erau decât fiinţe umane.»

Astăzi, când Eric vorbeşte de Vietnam, are de multe ori lacrimi în ochi. Dar nu pentru că îi este ruşine, ci pentru că este furios sau pentru că se simte vinovat. Pentru că e copleşit de compasiune pentru un băiat de nouăsprezece ani care a rămas rătăcit timp de douăzeci de ani în violenţa junglei din Vietnam.

NOTE

[1] R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank, B. K. Jordan, R. L. Hough, C. R. Marmar, D. S. Weiss, *Trauma and the Vietnam War Generation,* New York, Brunner/Mazel, 1990.

[2] J. D. Kinzie, R. R. Goetz, «A century of controversy surrounding posttraumatic stress-spectrum sindromes: The impact on DSM-III and DSM-IV», *Journal of Traumatic Stress,* 9, 1996, p. 159-179.

[3] Z. Solomon, «Oscillating between denial and recognition of PTSD», *Journal of Traumatic Stress,*8, 1995, p. 271-281.

[4] R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank, B. K. Jordan, R. L. Hough, C. R. Marmar, D. S. Weiss, *Trauma and the Vietnam War Generation, op. cit.*

[5] S. D. Salomon, E. T. Gerrity, A. M. muff, «Efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder», *Journal of the American Medical Association,* 268, 1992, p. 633-638.

[6] E. W. mcCranie, L. A. Hyer, P. A. Boudewyns, M. G. Woods, «Negative parenting behavior, combat exposure and ptsd symptom severity», *The Journal of Nervous and mintal Disease,* 180, 1992, p. 431-438.

[7] Mai sus, în timpul şedinţei, Eric a raportat un nivel moderat al fricii din jurul amintirii de a fi făcut apel la artilerie, aşa cum a făcut prima dată când am lucrat acest punct. Cu toate acestea, frica sa se schimbase. El deţinea acum imposibilitatea de a-şi aminti mai multe detalii din acea noapte. Ea era încă legată de o altă frică: aceea de a fi făcut

încă ceva, ceva de care nu-şi amintea. Când eu şi Eric ne-am concentrat pe amintirea sa în care păşea peste grenadă, el a suportat aceeaşi încărcătură de teamă, pentru că Eric nu-şi amintea exact, o frică intensă era zăvorâtă în această experienţă, pentru că el nu putea să prevadă rezultatul.

O dată rezolvată frica grenadei, am revenit la amintirea în care el cerea artileria şi ne-am centrat pe ea. Am găsit acolo un alt efect de generalizare: amintirea cu artileria scăzuse de la 6 la «1 sau 2»; apoi păru complet rezolvat. Asociaţia strictă între diferitele amintiri şi diferitele emoţii era în egală măsură ilustrată prin faptul că coşmarurile lui Eric se opriseră după prima şedinţă de terapie EMDR. Aceasta provenea din faptul că cele două amintiri importante ale lui Eric care cauzaseră morţi «inutile» aveau să fie elaborate.

4

Travaliul terapeutic: aducerea la zi a suferințelor ascunse

«Ce este deja în spatele nostru şi ce este încă în faţa noastră nu are nimic de-a face cu ceea ce se află în interiorul nostru. »

Ralph Waldo EMERSON

Când intrăm în universul traumatismului, avem impresia că privim într-o oglindă spartă: familiarul pare incoerent şi îngrijorător. O lume străină şi nouă se desfăşoară sub ochii noştri, dezvăluind cantităţi impresionante de durere la cei care o manifestă cel mai puţin. Îmi amintesc cum aceasta mi-a fost revelată de lucrul cu una dintre primele mele cliente: era o doamnă BCBG de şaizeci şi doi de ani, venind dintr-o familie «respectabilă», foarte activă în comunitate. Nimic în aspectul ei nu arăta că s-a luptat toată viaţa cu panica şi teroarea provocate de abuzul sexual din partea tatălui său a cărui victimă fusese în timpul copilăriei. Era halucinant să o auzi descriind cum rătăcise fără ţintă prin casă după viol, aşteptând sosirea mamei sale fără să ştie ce să facă, sau să o auzi vorbind cu tristeţe de toţi acei ani petrecuţi bătându-se în van cu suferinţa. O altă femeie, în vârstă de şaizeci şi opt de ani, pensionată dintr-o profesie liberală, trăia cu flash-back-uri şi imagini intruzive ale violului pe care îl suferise anul precedent. Ea îmi povesti într-un mod sfâşietor cum chiar vederea câinelui de atac pe care şi-l cumpărase trezea în ea imaginile şi teroarea agresiunii pe care o suportase. În timpul lucrului cu amintirea ei, ea şi-a dat seama că niciodată, în cursul vieţii, nu şi-a permis să fie liniştită interior şi că terapia putea fi pentru ea o ocazie să se instaleze în sfârşit, în mod definitiv, în această linişte.

Aceste relatări, sau altele, m-au învățat cât de important este să privești dincolo de aparențe. Viața are în mod obligatoriu evenimente dezagreabile, dar, chiar și când simptomele unei persoane sunt evidente, ele nu pot să ne dea nicio indicație despre consecințele așteptate ale traumatismului. Cele două femei despre care am vorbit au reacționat rapid la EMDR, și gravitatea simptomelor lor s-a văzut spectaculos redusă. Totuși, asociațiile de idei suplimentare care au survenit în cursul travaliului de elaborare arată clar că ele aveau nevoie de ajutorul EMDR pentru coșmaruri și flash-back-uri de care voiau să se debaraseze. Am început să înțeleg tot mai clar locul pe care îl ocupă traumatismul în contextul întregii vieți, și, mai pe larg, al sistemului social, și să înțeleg că trebuie, pentru a le răspunde, o tehnică de tratament global. Atunci am instaurat regula următoare: terapia EMDR are ca obiectiv să ajute clienții să producă efecte atât de profunde și de durabile pe cât este posibil, toți să se simtă în securitate, în echilibru, și stăpâni pe ei înșiși.

Cu acest obiectiv în minte, am formulat ceea ce numim astăzi abordare în opt faze a EMDR [1], care integrează aspecte importante rezultate din numeroase alte forme de terapie (psihodinamică, cognitivă, comportamentală și interacțională). Cele opt faze conținând rezumatul istoriei clientului și un presupus tratament , pregătirea, evaluarea, desensibilizarea, instalarea, scannerul corpului, delimitarea și reevaluarea. Cea mai mare parte dintre cazurile clinice prezentate în această lucrare trec prin cele opt faze, chiar dacă am omis unele dintre ele din motive de spațiu. Terapeuții formați în EMDR trec prin cele opt faze pentru a face un tratament complet.

În cursul primei faze de terapie EMDR, terapeutul face un rezumat aprofundat al istoriei clientului și elaborează un *plan de tratament*. Această fază e crucială, căci EMDR poate să ducă la apariția unor niveluri de emoție ridicate: ea poate să fie fizic contraindicată pentru anumite persoane. De exemplu, în EMDR de la 10 până la 15% dintre persoane retrăiesc intens experiențele traumatice. Pentru acest motiv, deși acest moment de disconfort poate fi relativ scurt, persoanele care suferă de afecțiuni cardiace sau respiratorii, ca și femeile însărcinate, trebuie să consulte medicul înainte de a se angaja în terapia EMDR [2].

Dacă se estimează că EMDR convine clientului, terapeutul îi pune întrebări precise despre istoria sa personală, trăsăturile de caracter și modurile obișnuite de reacție. Amândoi, în timpul acestei faze, dezbat problemele particulare care aduc clientul la terapie, comportamentele ce derivă din aceste probleme și simptomele. Posedând aceste informații, terapeutul construiește un plan de tratament definind obiectivele precise care vor conduce lucrul cu EMDR. Printre obiective se găsește evenimentul sau evenimentele trecute care au generat problema, situațiile actuale care pun clientul în detresă și competențele sau comportamentele-cheie pe care clientul trebuie să le învețe pentru o stare mai bună în viitor. De exemplu, un client îmi explicase că de câte ori îl sună mama la telefon, se simte foarte anxios. Ce-l face pe un bărbat de douăzeci, treizeci sau patruzeci de ani să aibă impresia că e un băiețel ? Dacă, în prezent, nimic nu justifică o astfel de reacție din partea lui, este că motivul se află în trecutul său. Care sunt evenimentele trecute, blocate în sistemul său nervos, care-i dau această impresie de timiditate ? Ce competențe ar avea el nevoie să achiziționeze pentru a începe să pună limite acceptabile ?

Pentru a-mi înțelege clienții mai complet, le cer adeseori să-mi facă o listă cu cele mai tulburătoare zece evenimente din copilărie. De exemplu, o bună parte dintre

oameni își amintesc o umilire suportată în școala primară, dar ea îi afectează pe de altă parte, mai mult sau mai puțin în funcție de viața pe care au avut-o. Eu le cer clienților să păstreze în minte aceste evenimente și să le evalueze pe scala SUD, care merge de la 0 la 10. Multe dintre aceste amintiri pot încă să fie tulburătoare, chiar dacă s-au petrecut cu ani în urmă. În acest caz, e posibil ca o amintire să clarifice dificultățile actuale ale clientului meu față de autoritate, învățătură sau în alte situații. Am încercat de asemenea să determin modul în care clienții interpretează aceste evenimente în raport cu ei înșiși. Când un client se concentrează pe o amintire precisă, eu îl întreb de exemplu care sunt cuvintele care-i vin spontan în minte pentru a se descrie sau a descrie comportamentul care s-a produs în acea situație. Când cognițiile lui sunt negative, dacă spune: «Sunt o nulitate, nu valorez nimic, nu poate fi iubit unul ca mine, nu pot să suport ce s-a întâmplat», știu că va trebui să abordăm aceste amintiri în tratament. Dacă ele sunt pozitive («Pot să reușesc, am valoare, sunt amabil, azi am posibilități de alegere pe care nu le aveam atunci»), estimez că amintirea a fost elaborată și e prins bine locul său în trecut. Nu contează ce eveniment, în orice moment al vieții, poate avea efecte nefaste. În funcție de reacțiile clientului meu, elaborez un plan de tratament global care ține cont de efectele extinse ale evenimentelor pe care le-a trăit în cursul vieții.

Una dintre caracteristicile originale ale EMDR este faptul că oamenii care cer să facă terapie nu au nevoie să-și expună în detaliu amintirile care îi tulbură. Dacă unii se simt în largul lor și preferă chiar să intre în detalii, alții dau mai curând o imagine sau o schiță generală. Terapeutul întreabă de exemplu: «Vă amintiți un eveniment în care v-ați simțit jalnic, bun de nimic ?» și persoana răspunde: «Da, când fratele meu mi-a făcut ceva.» Este toată informația pe care o are terapeutul pentru a repera și ținti evenimentul cu EMDR.

A doua fază a tratamentului EMDR este *pregătirea*; nu voi insista prea mult asupra importanței sale. Unul dintre scopurile esențiale ale acestei faze de pregătire este stabilirea unei relații de încredere între client și terapeut. Clienții nu este necesar să dea detalii precise despre amintirile care-i tulbură, dar, dacă clientul nu are încredere în terapeutul său, riscă să nu poată povesti fidel ceea ce resimte, ceea ce se schimbă și ceea ce nu se schimbă pe parcursul ședinței. Dacă el caută să facă plăcere terapeutului spunându-i că se simte bine atunci când nimic nu s-a schimbat, nicio terapie din lume nu va putea rezolva traumatismul său. Idealul, oricare ar fi forma de terapie, este de a considera terapeutul ca un facilitator, un ghid, cel ce vă descoperă, căruia trebuie să-i spuneți ce vă face rău, de care aveți nevoie pentru ca el să vă poată ajuta la atingerea obiectivelor. EMDR acoperă și alte tehnici pe lângă mișcările oculare, și terapeutul are nevoie să știe când să schimbe procedeul pentru ca procesul integrator să se desfășoare.

În cursul fazei de pregătire, terapeutul explică teoria EMDR, cum o practică, ce poate aștepta persoana în cursul tratamentului și ce urmează. În sfârșit, terapeutul îi învață pe clienți un anumit număr de tehnici de relaxare pentru a se calma față de toate tulburările emoționale ce pot să apară în cursul unei ședințe sau după. Aceste instrumente sunt de altfel un ajutor prețios pentru oricine. Oamenii cei mai fericiți din această lume sunt cei care cunosc modul de a se destinde și de a se decompensa după stresul inevitabil și deseori de nebănuit pe care viața ni-l rezervă. Unul dintre obiectivele terapiei EMDR este a se asigura că, clientul are grijă de el însuși.

Cum EMDR este centrată pe nevoile clientului, terapeutul propune tehnici ce permit asigurarea că, clienții, în cursul travaliului, păstrează impresia justificată de control al situației. La început, oamenii caută câteodată să evite materialul perturbant pe

care EMDR îl face să reapară, ceea ce e de înțeles, dar însăși această evitare face să persiste dificultățile lor. Pentru a contracara evitarea fără a genera detresă suplimentară, terapeutul învață clienții să rămână de două ori conștienți: o dată, de materialul vechi și neplăcut care a fost reactivat în timpul mișcărilor oculare și altă dată, de securitatea în care el se află în prezent. Idealul este când persoana va avea impresia că este ca în tren, evenimentele neplăcute cu care lucrează fiind pur și simplu peisajele care defilează.

În cursul *evaluării*, a treia fază a tratamentului EMDR, terapeutul identifică aspectele obiectivului care trebuie elaborat. Primul pas, pentru persoană, este selecția unei imagini sau a unei scene particulare a evenimentului-țintă (pe care l-am reperat în cursul primei faze), care reprezintă binele amintirii. Apoi clientul alege o frază care exprimă o opinie auto-depreciativă. Și care este asociată cu evenimentul. Chiar dacă intelectual el știe că această opinie e falsă, este important să se concentreze pe ea. Aceste opinii negative sunt verbalizări ale emoțiilor perturbante care există încă. Printre cognițiile negative curente, găsim opinii ca «Sunt o nulitate», «Nu valorez nimic», «Nimeni nu mă poate iubi», «Mi-e rușine», «Sunt rău». Clientul găsește pe urmă o opinie pozitivă despre el însuși, în care i-ar place să creadă. Această frază trebuie să conțină un sentiment intern de stăpânire, ca «Sunt un om bun» (amabil, de bine, calm), sau «Pot să reușesc». Când emoția centrală este frica, cum ar fi în urma catastrofelor naturale, cogniția negativă poate fi de exemplu «Sunt în pericol», și cogniția pozitivă poate fi «Azi nu mă tem de nimic». Putem considera că «Sunt în pericol» este o cogniție negativă pentru că frica este neadaptată; ea este închistată în sistemul nervos atunci când pericolul este în trecut. Cogniția pozitivă corespunde cu realitatea prezentului.

Ajungând în acest punct, terapeutul cere persoanei să facă o estimare a justeței cogniției sale pozitive pe scala de validitate a cogniției (*validity of cognition*, VOC), care merge de la 1 la 7. În timpul acestei faze de evaluare, persoana identifică emoțiile negative (frică, furie ...) și senzațiile fizice (constricții la nivelul stomacului, răceala mâinilor ...) care se leagă de evenimentul-țintă. Ea evaluează propria perturbație pe scala SUD (de la 0 la 10).

Fazele de la 1 la 3 constituie travaliul pregătitor al reelaborării și al tratamentului complet al evenimentului specific asupra căruia se va centra travaliul. Mișcările oculare, chiar dacă se folosesc pe parcursul celor trei faze care urmează, nu sunt decât o componentă printre altele a acestei terapii complexe. Un terapeut EMDR format și experimentat, parcurgând pas cu pas această abordare în opt faze, obține prin acest demers logic și standardizat cele mai bune rezultate pentru clientul său. Abordarea în opt faze mai permite terapeutului, ca și clientului, să controleze progresele în cursul fiecărei ședințe a tratamentului.

Numim *desensibilizare* faza 4, pentru că este centrată pe emoțiile și senzațiile perturbante ale clientului, măsurate pe scala SUD. Această fază include toate reacțiile persoanei (înțelegând aici amintirile, prizele de conștiință și asociațiile de idei ce pot surveni în timpul ședinței) în timpul schimbărilor evenimentului-țintă și al rezolvării elementelor sale perturbante. Acest proces automat de asociere dă ocazia de a repera și a rezolva evenimentele de același ordin care au putut să producă și care sunt în legătură cu evenimentul-țintă. Clientul poate astfel uneori să depășească scopurile inițiale și să se vindece în legătură cu așteptările sale. În cursul desensibilizării, terapeutul conduce persoana în traversarea secvențelor de mișcări oculare (cu variația și schimbările țintei adecvate) până la punctul în care nivelul SUD poate fi redus la 0 sau, dacă e mai adaptat, la 1 sau 2.

De exemplu, Eric, veteranul din Vietnam al cărui caz l-am expus în capitolul 3, indica faptul că resimte un nivel de tristețe de 2, care nu descreştea. Atunci când l-am întrebat ce-l împiedică să coboare, mi-a răspuns: «Au fost morți.» Aici, vedem încă emoțiile şi opiniile adaptate care nu se schimbă cu EMDR, fără să mai aibă reacții evidente la tragedia pe care a traversat-o. Totuşi, este important să ne asigurăm că reacțiile lor sunt sănătoase şi utile. Din nefericire, oamenii se gândesc mereu că tristețea lor, ruşinea, culpabilitatea sau furia care-i pune la încercare sunt potrivite, pur şi simplu pentru că ei le resimt. Aşa cum voi arăta pe parcursul acestei cărți, opiniile auto-depreciative sunt deseori reziduurile neadaptate ale traumatismului însuşi. Trebuie pusă întrebarea: «Sunt fericit ?» Dacă răspunsul este *nu*, chestiunea travaliului terapeutic care se pune este posibilitatea unei schimbări.

Numim *instalare* faza 5 a terapiei EMDR, pentru că ea are ca scop *să instaleze* opinia pozitivă identificată de persoană pentru a înlocui opinia negativă de la plecare şi a spori forța. De exemplu, clientul poate să înceapă cu o imagine mentală în care a fost bătut de tatăl său, cu opinia negativă «Nu pot să fac nimic». În cursul fazei de desensibilizare, el reelaborează teroarea acestui eveniment din copilăria lui şi trage concluzia că, fiind adult, are forțe acum şi posibilități de alegere pe care nu le avea când era mic. În timpul celei de-a cincea faze de tratament, cogniția pozitivă «Acum, eu sunt cel care decide» se consolidează şi se instalează. Măsurăm acum, cu scala VOC, gradul de adeziune al persoanei cu această opinie pozitivă. Scopul, pentru această persoană, este să înceapă să accepte completa sinceritate a propriei opinii pozitive, la nivelul 7 (absolut exact). Din fericire, în acelaşi mod în care EMDR nu poate obliga pe cineva să respingă sentimentele negative dacă le consideră potrivite, ea nu poate obliga oamenii nici să creadă în ceva pozitiv dacă nu cred că e potrivit. Dacă persoana estimează că are nevoie să achiziționeze o nouă competență oarecare, ca autoapărarea, pentru a putea cu adevărat să decidă în viață, sinceritatea opiniei pozitive nu va urca decât la nivelul corespunzător pe scala SUD, fie la 5 fie la 6.

Scannerul corpului constituie faza 6 a EMDR. Când cogniția pozitivă a fost consolidată şi instalată, terapeutul cere persoanei să păstreze în minte evenimentul-țintă originar şi să verifice dacă resimte tensiune reziduală în corp. Dacă este cazul, se concentrează pe aceste senzații fizice pentru a le lucra.

Evaluările a mii de şedințe de EMDR au arătat că gândurile nerezolvate sunt acompaniate de o rezonanță fizică. Această descoperire a fost coroborată cu studii independente despre memorie care arată că, atunci când persoana e afectată negativ de un traumatism, evenimentele acestea concertante sunt înmagazinate în memoria motrică (cea a sistemului corporal) şi nu în memoria narativă, şi că persoana conservă emoțiile şi senzațiile fizice negative ale evenimentului de la origine [3]. Odată ce informațiile au fost tratate, în revanşă, ele pot migra spre memoria narativă (sau verbală), şi senzațiile corporale şi emoțiile negative care le-au fost asociate dispar. În consecință, o şedință de terapie EMDR nu se consideră terminată atâta timp cât clientul nu poate evoca imaginea-țintă originară fără să simtă tensiune corporală. Opiniile pozitive despre sine însuşi sunt importante, dar nu suficiente pentru a adera aici la unicul nivel intelectual.

Numim *delimitare* faza 7 de terapie EMDR. Ea permite asigurarea că clientul, părăsind şedința, se simte mai bine decât la sosire. Dacă tratamentul evenimentului traumatic țintă nu a fost complet într-o singură şedință, terapeutul ajută persoana să se servească de toată seria de tehnici care îi vor permite să se calmeze şi să regăsească o senzație de echilibru. Pe parcursul întregii şedințe, clientul are în stăpânire situația (de

exemplu, i se indică faptul că poate în orice moment să ridice mâna pentru a cere oprirea procesului în curs), şi este important ca această stăpânire să se prelungească în afara cabinetului terapeutului. I se furnizează şi informaţii despre ceea ce se poate întâmpla între şedinţe – de exemplu, elaborarea poate continua, un nou material se poate prezenta -, sub forma scrierii unui jurnal pentru a nota ce resimte, ca şi despre tehnicile la care poate să recurgă singur pentru a se simţi mai calm.

Faza finală a tratamentului, pe care o numim *reevaluare*, are loc la începutul fiecărei şedinţe de terapie după prima. Terapeutul verifică rezultatele pozitive dobândite (SUD scăzut, VOC ridicat, nicio tensiune corporală) sunt menţinute; el reperează noile zone de tratat şi urmăreşte travaliul de facilitare a tratamentului ţintelor suplimentar identificate.

Faza de reevaluare ghidează terapeutul să străbată diversele protocoale EMDR (stabilite pentru diferite forme de dificultate ale clienţilor) şi planul său de tratament global. Ca în toate terapiile, faza de reevaluare este crucială pentru determinarea reuşitei tratamentului de-a lungul timpului. Chiar dacă clienţii simt uneori imediat o ameliorare, este important să se facă încă de la început cele opt faze de tratament, aşa cum este important să termini un tratament antibiotic.

Dacă EMDR poate să producă rezultate mai rapide decât alte forme de terapie, viteza nu este scopul principal şi trebuie să amintim că nevoile fiecărui client sunt diferite. Se întâmplă, de exemplu, ca unui client să-i ia săptămâni pentru a stabili o relaţie de încredere suficientă pentru a începe tratamentul (faza 2) sau altuia să progreseze rapid trecând prin primele şase faze ale tratamentului pentru a descoperi apoi că trebuie tratat un lucru mult mai important. Următoarea povestire dă exemplul unui astfel de caz.

Un clinician bine format poate repera moduri de comportament şi de reacţie care vor permite trecerea la alternative pe care clientul nu le vedea.

Jocelyne Shiromoto a fost una dintre primele persoane formate în EMDR. Licenţiată în serviciul social clinic al universităţii din San Diego, ea a auzit vorbind despre EMDR un psihiatru cu care a urmărit un caz clinic. În acel punct al carierei sale profesionale, Jocelyne era cu totul pregătită pentru a ajuta (în mod legal) clienţii săi. Ea nu mai suporta să le ia bani fără să le poată garanta că terapia dădea rezultate; avea impresia că terapia prin cuvânt se învârtea în cerc şi era destul; şi se simţea aproape uzată profesional văzând atâta suferinţă şi putând face atât de puţin pentru a o alina.

În practica privată, Jocelyne îşi făcu intrarea în EMDR prin tehnicile pe care le utiliza până atunci: un amestec eclectic de terapii psihodinamice, cognitive şi comportamentale. Ea se servea de EMDR cu anumiţi clienţi şi cu alţii nu. Cazul Emilyei Zazaroff a fost un caz din cele două în care EMDR se adeverise uimitor de utilă.

Mama Emilyei, Mary Beth Ritter, era în terapie cu Jocelyne deja de mult timp; ea se zbătea cu sentimentele contradictorii legate de soţul său şi celor treizeci de ani de viaţă comună. Mary Beth progresase, dar era încă într-o situaţie foarte confuză şi foarte dureroasă în momentul în care fiica sa Emily, ea însăşi măritată, veni să-i spună că doreşte s-o întâlnească şi ea pe Jocelyne, singură. Emily îşi vedea de mult timp mama încercând să-şi prindă viaţa în propriile mâini, şi ştia că nu în explorarea mai profundă în propriul spirit va găsi răspunsul la întrebările ce încercau cuplul. Mama sa avea nevoie de fapte precise, de fapte pe care Emily era singura care i le putea furniza.

În momentul primei sale şedinţe cu Jocelyne, Emily, care avea atunci treizeci de ani, povesti terapeutului că tatăl său venea să o vadă în camera ei, noaptea, când ea avea

între şapte şi opt ani, pentru a o mângâia. În acel timp, o parte din ea ştia că ce făcea tatăl său îi făcea rău, dar o altă parte voia ca tatăl său să se ocupe de ea. Bill Ritter era un tată închis, puțin atent, care o critica mult şi putea deveni violent. Mângâierile sale erau singurul semn de tandrețe pe care copilul l-a primit de la el. Ea avea impresia că e importantă pentru el, şi pentru asta se simțea vinovată.

Când împlini douăzeci de ani, îi povesti Emily Jocelynei, ea găsi moduri de a rezolva această vinovăție. A făcut terapie de grup, unde a vorbit mult despre tatăl său, a devenit conştientă că nu ea era responsabilă de acel abuz. Ea a lucrat furia că trecutul său se declanşa în ea şi se întreba serios în legătură cu tendința pe care o avusese în viață de a întâlni oameni violenți. Aprecia acum că era timpul să rupă tăcerea în jurul incestului. Credea că-şi va ajuta mama să avanseze în terapia ei şi că toată familia va fi mai bine. Ea plănuia să-i ceară tatălui său să se lase ajutat. Îl iubea mult şi nu voia ca abuzul sexual să afecteze altă generație în familie: cele două surori şi fratele său aveau copii mici.

Jocelyne şi Emily au întâlnit cei doi părinți ai Emilyei săptămâna următoare. În timp ce Emily relata incestul, mama sa se arăta şocată şi dezolată, dar tatăl a preluat întreaga responsabilitate a ceea ce comisese. El şi-a dat acordul pentru a fi ajutat. Părea că speranța Emilyei de a vedea familia vindecată şi reunită urma să se realizeze.

Printr-o ironie a sorții, Emily şi Tom, soțul ei, sufereau mult pentru că încă nu-şi construiseră o familie. Medicul le spusese că aproape 90% dintre cuplurile americane cu o bună sănătate care decideau să aibă un copil reuşeau în mai puțin de un an să o facă, dar, de şase ani de când erau căsătoriți, Emily şi Tom au petrecut patru ani cu încercări zadarnice. Era dur de trăit pentru Emily, care la sfârşitul adolescenței sale, fusese de două ori însărcinată, în ciuda atenției, pentru că, prima dată , ea lua pilule şi a doua, avea un sterilet. Sarcinile fuseseră amândouă soldate cu un avort: prima dată pentru că Emily a fost lovită de o maşină, a doua pentru că i s-a scos steriletul.

Toți medicii consultați, toate testele făcute, au confirmat că funcția reproducătoare era în perfectă stare: nu avea nici un motiv fiziologic care să o împiedice să conceapă un copil. Infirmieră la urgențe, Emily era cunoscătoare a îngrijirilor medicale, şi a cerut părerea experților despre fecunditatea sa. Ea lua de mai bine de doi ani Clomid (un medicament care stimulează fecunditatea). Medicii l-au testat şi pe soț: Tom avea numărul de spermatozoizi situat între «inferior»şi «normal», ceea ce nu era alarmant, şi ei nu se gândeau că asta ar fi cauza infertilității. Până la urmă, Emily şi Tom au decis să recurgă la inseminarea artificială. Prima tentativă era prevăzută peste două luni, începutul lui august, şi Tom trebuia să facă până la sfârşitul lui iunie injecții cu testosteron pentru a mări şansele de reuşită atunci când va dona sperma pentru inseminare. Li s-a spus că rata de reuşită curentă pentru inseminarea intra-uterină era de 10%.

Aceşti patru ani trecuți cu încercarea în zadar de a avea un bebeluş au făcut-o pe Emily să sufere mult. Ea căuta în viața ei dacă nu cumva a făcut ceva care să fi fost cauza infecundității. Se întreba dacă cele două avorturi precoce nu au avut efecte pe care medicii nu le-au depistat. Poate că Dumnezeu o abandonase. Era ea atât de denaturată încât nu merita să aibă copii ? La muncă, scruta fețele femeilor însărcinate care treceau prin biroul său pentru a merge la serviciul de obstetrică-ginecologie, la uşa de alături. Nu-i mai rămânea decât un singur lucru, dar îi îngheța sângele – ca ea să fie cu adevărat responsabilă de infertilitatea sa; nu voia încă să se gândească la asta, şi cu atât mai puțin să vadă un terapeut în această problemă. Ea nu o făcuse niciodată.

Următoarele trei luni, Emily o văzu pe Jocelyne în întrevederi individuale pentru a lucra unele chestiuni legate de abuzul comis de tatăl său şi alte evenimente dureroase pe care le trăise. În timpul unora dintre aceste şedinţe, ele se serveau de EMDR pentru a elabora emoţiile vechi şi a se asigura că Emily a depăşit cu adevărat abuzurile sexuale. În cursul uneia dintre aceste şedinţe, Emily îi povesti Jocelynei că a fost bătută şi violată de un coleg de serviciu într-o spălătorie a spitalului din New York unde ea îşi găsise prima slujbă. Incidentul nu a mai tulburat-o, dar era mereu revoltată de modul în care ea era a fost tratată. Emily a lăsat să treacă mai multe zile până să vorbească de viol, şi, când a povestit personalului de securitate a spitalului, nu a fost crezută. Au făcut-o să vină la birou de mai multe ori, cerând ca ea să repete relatarea violului în repetate rânduri, au întrerupt-o în timpul programului sau au sunat-o acasă foarte târziu în noapte. Era sceptică.

Paradoxal, direcţiunea spitalului a luat în serios povestea Emilyei, dar stârnea încă suspiciuni. I s-a ordonat lui Emily să vadă un psihiatru al spitalului pentru o terapie. Ea refuză, pentru că avea impresia violării vieţii sale private, dar direcţiunea a impus-o şi ea sfârşi prin a capitula. În silă, ea făcu câteva şedinţe cu un psihiatru, apoi încetă să-l mai întâlnească. Când Jocelyne îi ceru Emilyei detalii despre viol şi incapacitatea spitalului de a face o anchetă, Emily vorbea cu dragă inimă. În schimb, despre subiectul travaliului cu psihiatrul, în mod curios, rămânea evazivă.

Într-o zi, Emily vorbea cu Jocelyne despre frustrarea sa de a nu putea să aibă copii. În timp ce-i povestea în detaliu cei patru ani de luptă pentru a rămâne însărcinată, Jocelyne reflecta la chestiunea de a şti dacă violul sau incestul putea fi factorul psihologic ascuns care o împiedica pe Emily să devină mamă. Era concluzia cea mai uşoară, dar Jocelyne nu se gândea decât că acolo era explicaţia. Niciunul dintre aceste două traumatisme nu părea să o tulbure pe Emily. Aproape în tot ce făcea ea dădea impresia de a le fi depăşit şi de a accepta că fac parte din istoria ei.

La şedinţa următoare, Emily era mai tensionată decât de obicei. Avea mâinile crispate peste braţele fotoliului, unghiile înfipte în pumni. În mintea ei apăreau scene de la reuniunea de familie din ajun ca nişte benzi-afiş ale filmelor clasate «pentru tot publicul»: nepoţii şi nepoatele sale fugeau în cerc prin casă, schelălăiau, galopau în toate sensurile, râdeau, ţipau, se ciondăneau, plângeau; cât despre ea, era alungită pe jos în salon, pe punctul de a se juca cu un camion cu nepotul său Mattew.

Ea spuse:

«Ce bizar. Pe cât iubesc copiii, pe atât găsesc uneori dificil să fiu cu ei.

—Cum aşa ? întrebă Jocelyne.

—Nu ştiu, mă simt tensionată. Anxioasă. În sfârşit, am simţit mereu asta cu copiii. Am pe frigider o fotografie cu mine împreună cu ultimul meu nepot, o fotografie cu data Crăciunului trecut. Are patru luni în fotografie, el purta o hăinuţă roşie. Îl ţin, o mână sub fese una la spate pentru a-i susţine capul. Sora mea Jennifer a făcut această fotografie şi tot ea mi-a trimis-o. E o fotografie frumoasă, dar, nu ştiu de ce, mă simt foarte rău când o privesc. În ultimul timp, e din ce în ce mai rău. În sfârşit, week-end-ul trecut am smuls fotografia de pe frigider şi am rupt-o. Eram în lacrimi.

—După părerea dumneavoastră, de unde vine această emoţie ?»

Emily îşi fixa privirea pe tabloul de pe peretele din spatele Jocelynei.

«Probabil mi-e teamă să nu-l abuzez sexual.

—Ce vă face să gândiţi aşa ?

—Mi-a spus psihiatrul. Este ceea ce m-au obligat să văd când am fost violată.»

Vom numi acest psihiatru dr. Virginia Loder. Emily şi-a amintit că au avut loc poate trei şedinţe cu ea. Avea motive să nu aibă chef să-i povestească psihiatrului: ea era sigură în timp ce dr. Loder îi cerea să vorbească de copilăria şi de familia ei. «Ce să facem cu asta? Întreba Emily. Nu are nimic de-a face cu violul.»

Dr. Loder insista. Emily refuza din nou. Psihiatrul insista din nou. Emily se înfurie: «Încetaţi să mă mai presaţi cu asta ! Am impresia că am fost abuzată toată viaţa. Eu nu am făcut nimic rău, n-am fost tratată decât aşa !

—De ce spuneţi că aţi fost abuzată toată viaţa ?»

În acest punct, Emily vorbi dr. Loder de mângâierile tatălui său.

«Şi ce s-a întâmplat ?» întrebă Jocelyne.

Mâna dreapta a Emilyei se postă rapid pe braţul stâng şi strânse cu putere, un gest nervos pe care Jocelyne îl remarcase deja la ea.

«Ea nu mi-a spus absolut nimic, a rămas acolo privindu-mă pentru câteva minute, care mi s-au părut o oră. Apoi s-a înclinat spre mine, m-a privit în ochi cu atenţie şi mi-a spus: „Vreau să ştiţi că e un fapt medical: dacă aţi fost abuzată sexual, vă veţi abuza proprii copii, dacă veţi avea vreodată.»

—Cum aţi reacţionat ?

—Am vomitat. Pur şi simplu am vomitat. Pe jos, în biroul ei. Apoi am plâns, am rugat-o să-mi spună că nu e adevărat. A rămas rece. Ea a spus doar că era un fapt medical. Mi-a spus: „Vă sugerez să nu aveţi niciodată copii".»

Jocelyne Shiromoto a inspirat adânc. Avea în faţa ei o femeie tânără, sănătoasă, care, în plan psihologic, nu avea nici un motiv să nu aibă copii, dar care, în plan emoţional, avea unul zdrobitor.

«Emily, tu crezi asta ?

—Nu, nu când reflectez. Imediat ce am părăsit biroul ei, m-am întors acasă, plângeam, plângeam, şi m-am rugat, şi apoi m-a apucat furia. Mi-am spus că această femeie nu ştie despre ce vorbeşte, că toată lumea e contra mea, şi am refuzat să mă întorc s-o mai văd.

—Deci, nu aţi crezut ce v-a spus ?

—Nu ! Dar asta a continuat să mă tracaseze.» Mâna Emilyei strângea acum braţul său aproape ritmic. «De-a lungul anilor, am încercat să găsesc unde a fost publicat acest pretins fapt medical. Tot ce am găsit, au fost câteva articole scurte în *Redbook* sau *McCall's*. Şi atunci mi-am zis ... mi-am zis că un imbecil oarecare a publicat un mic studiu ... şi am decis să nu cred nimic. Dar e într-adevăr periculos să spun astfel de lucruri, pentru că chiar dacă ştiu că nu am asta în mine, să fac un astfel de lucru unui copil ... ce mi-a spus ea era încă acolo, cu acea frică fără cuvinte. Era ca şi cum ar fi fost în mine.

—Puteţi să exprimaţi în cuvinte această frică ?»

Emily coborî capul. Bretonul lung şi blond îi mângâia vârful nasului. «Cred că este din cauza ... faptului că am fost victima incestului, voi fi forţată să-mi abuzez proprii copii.»

Părea că îşi ţine respiraţia în timp ce vorbeşte «Sunt obligată să recunosc că am o boală incurabilă, sunt prinsă în capcană, e ca şi cum aş fi condamnată la moarte. Şi este ceea ce trăiesc, chiar dacă nu cred.»

Lacrimile curgeau şiroaie pe obrajii ei. «Şi poate e greşeala mea dacă nu avem copii. Poate că în străfundul meu ştiu că voi abuza copilul meu, şi corpul meu vrea să împiedice asta nelăsându-mă să rămân însărcinată.»

Când Emily mărturisi că-i este frică să nu-şi abuzeze proprii copii, Jocelyne văzu aici ocazia ideală de a utiliza EMDR. Frica provenea dintr-un incident unic, clar identificat, ce putea să o împiedice pe clienta ei să aibă o sănătate bună. În cazul lui Emily, sănătate bună însemna probabil faptul de a avea un copil, dacă dificultatea era cu adevărat psihogenă. Chiar dacă infertilitatea apărea ca o problemă biologică, toată lumea a auzit vorbindu-se de acele cazuri în care femei, după ani de tentative infructuoase pentru a avea un bebe, au ajuns să abandoneze şi să adopte un copil, pentru a rămâne însărcinate la un an sau doi mai târziu.

Aparent, în acest caz, erau presiunile psihologice şi stresul ce puneau la încercare femeia în legătură cu chestiunea de a avea un bebe (chiar dacă se impune singură această presiune) care o împiedică să rămână însărcinată. Acum o sută de ani, Freud a avansat ideea că anumite tipuri de paralizie pot fi reacţii isterice la conflicte psihologice. În mod manifest, ceea ce agresează corpul, putând fi o catastrofă naturală, un accident de maşină sau o agresiune fizică, poate afecta spiritul. Invers, multe crize cardiace survin în timp ce o informaţie teribilă a «agresat» spiritul.

Alt aspect interesant în cazul Emily, reacţia de stres traumatic a apărut din cauza unui incident ce pare, la prima vedere, mai puţin devastator decât incestul sau violul pe care le-a suportat. Specificul unui bun terapeut este a de şti să repereze, din întregul tablou, care sunt credinţele negative care dictează comportamentul persoanei sau starea spiritului său. Jocelyne a fost capabilă să privească dincolo de evidenţe, fără să afirme că abuzul sau violul au antrenat infertilitatea Emilyei [4].

Sentimentele actuale de ruşine şi de culpabilitate ale Emilyei în legătură cu această întâlnire trecută cu psihiatrul erau extrem de puternice, şi se îndreptau spre un blocaj care o făceau să sară în aer, o amintire pe care trebuia să o trateze. Incidentul avea mereu un efect negativ asupra ei: simţea în legătură cu asta o senzaţie de umilire şi de frică. Ea avea şi senzaţii fizice în legătură cu ceea ce trăise în acea zi. Ne putem întreba dacă acest incident nu ar fi putut avea un efect mai profund asupra corpului său. Chiar şi EMDR rămânea fără efect asupra infertilităţii Emilyei, era important să dispară sentimentul de culpabilitate. Terapeutul trebuie să se adapteze fiecărui pacient, să ajusteze EMDR la nevoile individuale, şi, în cazul Emilyei, un «traumatism secundar» era la fel de grav ca un traumatism originar. O bună terapie este o interacţiune dinamică între terapeut, client şi tehnica utilizată. E trist să auzim oameni spunând: «Nu foloseşte la nimic. Fac o terapie dar nu merge!» Ei au încercat cu unul sau mai mulţi terapeuţi particulari; probabil nu au încercat cu cel bun.

Chiar şi Emily a fost remisă de traumatismele abuzului sexual şi violului, ea era mereu chinuită de culpabilitatea şi frica provocate de acuzaţia crudă ce venea din partea unei autorităţi într-un moment în care ea era extrem de vulnerabilă şi emoţional tensionată. Emily a vomitat pur şi simplu când dr Loder a anunţat această zdrobitoare judecată; se poate spune cât de profund a fost ea afectată. Modul în care personalul spitalului, poliţia, prietenii, familia tratează sau maltratează victima unui viol poate face mai multe pagube decât agresiunea sexuală însăşi.

Jocelyne i-a propus Emilyei să încerce EMDR pentru a lucra asupra incidentului cu psihiatrul. Ea nu putea, spuse ea, să-i promită că va avea un efect asupra infertilităţii (de altfel e interzis de lege, în numeroase state din Statele Unite, să garantezi unui client eficacitatea unui tratament psihologic, oricare ar fi el), dar i se părea că aici putea fi o legătură.

O săptămână mai târziu, Emily reveni în cabinetul Jocelynei. Încă de la întâlnirea precedentă, Jocelyne a pregătit-o pe Emily pentru ședința de elaborare și ea era pregătită să înceapă. Emily avea deja formulată o frază negativă care rezuma fricile ei: «Am suferit abuzuri sexuale, îi voi face deci pe copii mei să sufere.» Când Jocelyne a întrebat-o care era intensitatea fricii sale pe scala SUD de la 0 la 10, Emily a evaluat-o la 9. În ultima etapă pregătitoare, Jocelyne i-a cerut Emilyei să găsească o frază pozitivă care exprima ce voia să gândească în locul celeilalte. După ce s-a gândit, Emily a spus: «Nu-mi voi abuza niciodată copii. Eu sunt cea care alege.» Când Jocelyne i-a cerut să evalueze sinceritatea prezentă în acea frază pentru ea pe scala VOC, de la 1 la 7, Emily i-a atribuit un 2 sau 3.

«Să începem deci cu ședința din biroul psihiatrului, zise Jocelyne. Păstrați această imagine în minte, în același timp cu opinia negativă și notați emoția care apare treptat și măsurați-o. De acord ? Acum, urmăriți degetele mele.»

În timp ce Jocelyne o ghida în mișcările oculare, Emily începea să retrăiască momentul când psihiatrul spitalului i-a spus că-și va abuza proprii copii. Stomacul său se strângea și un gust acru îi umplea gura. «O să vomit, îi spuse Jocelynei după prima secvență de mișcări oculare. Pe parcursul secvenței, Emily strângea pumnii foarte tare, începu să geamă și să plângă, dar nu înceta mișcările oculare. În timpul unei pauze, ea îi relată că a fost străbătută de o frică atât de intensă ca la începutul unei impresii de disperare totală, absolută. «Este ca și cum mi-ar fi smuls visele și speranțele. Nu am mai fost niciodată aceeași după asta», spuse Emily. Începu să plângă, cu capul în jos, cu mâinile deschise, încrucișate. Se vedeau mici tăieturi în formă de cruce pe care unghiile sale le făcuseră în palme.

Jocelyne și Emily și-au lăsat timp pentru a vorbi despre pagubele pe care le poate comite cineva cu autoritate făcând acel gen de declarații inexacte. Ele au început apoi o altă secvență de mișcări oculare.

Primul lucru pe care Emily l-a notat atunci a fost un val de furie neagră. «Ea m-a abuzat pe mine ! țipa Emily, cu fața îmbujorată. Cum putea să spună astfel de lucruri ? Dacă ar fi aici, i-aș scoate ochii !» Jocelyne îi spuse «să rămână în contact cu aceasta» și începu o altă secvență de mișcări oculare. Emily se instală, ținând strâns brațul și concentrându-se pe mișcările degetelor Jocelynei. Resimți o nouă urcare a furiei, de data aceasta pe funcționarii care au forțat-o să întâlnească psihiatrul: «Violul însuși nu a fost atât de grav ca modul oribil în care am fost tratată. Am fost violată de două ori !» În sfârșit, după multe alte secvențe, Emily relata că se simțea furioasă contra ei însăși: «Cum am putut s-o cred ?»

Într-o clipă, amintirea trecea din cabinetul psihiatrului la un alt incident, în care se simțise umilită și i-a fost frică să nu abuzeze un copil. La unsprezece ani, Emily lucra la creșa din parohie. Într-o duminică dimineața, se ocupa de o fetiță, un bebeluș care avea pătuțul foarte murdar.

«L-am spălat și eram pe punctul de a mă asigura că l-am curățat bine (în acea vreme, sora și fratele meu erau bebeluși și mama mă bombănea mereu: „Curăță bine pentru că altfel vor face o infecție!") În timp ce inspectam fetița, mama ei a intrat în cameră. S-a apropiat de mine și s-a ocupat în locul meu cu înfășatul fetiței. M-am simțit mereu vinovată de această poveste, rușinată, pentru că ea m-a surprins făcând ceva rău, spuse Emily. Acum, îmi dau seama că era normal. Ea era mama, ea ținea lucrurile în mâinile ei.»

Ea şi Jocelyne au continuat să vorbească; emoţiile violente ale Emilyei se potoleau. Mâna relaxa prinsoarea braţului, pântecele se destindea. Până la sfârşitul şedinţei, Emily scutură capul, apoi anunţă cu linişte şi fermitate: «Nu mai e acolo.» Ea ştia acum din inimă (nu numai intelectual) că nu abuzase niciodată un copil. În sfârşit, o privi pe Jocelyne în ochi şi îi spuse: «Toţi anii ăştia irosiţi cu frica de a fi abuzat un copil, ce tristeţe !»

Munca lui Jocelyne în EMDR pentru a trata credinţele negative ale Emilyei nu a constat în a o contrazice, a argumenta sau a căuta să modifice modul în care Emily considera scena cu psihiatrul. Priza de conştiinţă intelectuală nu putea să dea nimic. Traumatismul era mai profund şi vindecarea trebuia să se producă la nivel fiziologic şi emoţional. Jocelyne avea încredere în EMDR pentru a pune pe picioare capacităţile de auto-vindecare ale Emilyei.

Când şedinţa de mişcări oculare se termină, Jocelyne întrebă: «Emily, unde sunteţi acum în raport cu sinceritatea frazei: „Nu voi abuza niciodată copii mei. Eu sunt cea care alege" ? Pe o scală de la 1 la 7, la cât o evaluaţi ?

Emily îşi trecu mâna peste faţa udă de lacrimi, surâse şi spuse: 7. Fără îndoială.»

Această şedinţă a fost singura pe care Emily Zazaroff şi Jocelyne Shiromoto au consacrat-o infertilităţii Emilyei. Săptămâna următoare (era sfârşitul lui iunie), Emily a revenit şi au vorbit amândouă despre ce a revelat EMDR. Emily era încă furioasă pe psihiatru, într-un mod adaptat, constata Jocelyne, dar era calmă şi clară în raport cu ceea ce se întâmplase într-adevăr cu ani înainte.

«Este ca şi cum o parte din creierul meu ar fi zis că nu e absolut adevărat, dar o mică părticică din capul meu urlă încă: „Nu, nu! Şi dacă niciodată ...?" Această parte speriată nu mai e acolo.»

Două săptămâni şi jumătate după şedinţa EMDR, Emily a rămas însărcinată.

EMDR a permis ca Emily Zazaroff să conceapă un bebe ? Sau injecţia cu testosteron pe care soţul ei a făcut-o la sfârşitul lui iunie ? Nu vom şti niciodată cu certitudine. Dar faptul că Emily şi soţul său au avut al doilea copil fără nicio asistenţă medicală dă un răspuns rezonabil de clar la această întrebare. În tot cazul, Emily şi Tom sunt siguri că fiica lor este un cadou de la EMDR. «Pentru prima dată în viaţa mea, am avut impresia că sunt pregătită, spune azi Emily, nimic nu mă mai blochează. Am avut mereu impresia că sunt blocată de ceva, dar nu ştiam de ce.»

Emily mai spune că fără EMDR, ea n-ar fi creat niciodată legături cu fetiţa ei. «Înainte, când mă jucam cu nepoţii mei sau cu nepoatele, eram mereu reţinută şi nu eram niciodată cu adevărat în contact cu ei. Când am avut-o pe fiica mea, am avut impresia de libertate ca niciodată până atunci. Puteam să fiu cu adevărat cu ea, să o îmbrăţişez, să o ating. Avea o inocenţă pe care eu nu am mai cunoscut-o niciodată în viaţa mea. Cu EMDR, am făcut treizeci de ani de terapie într-unul singur.»

De fapt, prima sa fiică se numeşte Elizabeth, şi are o coamă roşcată şi plină de bucle.

NOTE

1 F. Shapiro, *Eye Movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*, New York, Guilford Press, 1995.

2 Asta spune că, aceste situații nu exclud automat utilizarea EMDR Am lucrat de exemplu cu o femeie însărcinată care fusese terorizată de ideea de a naşte. Explorând istoria ei, am descoperit că frica se venea din copilărie. Ea era cea mai mare dintre cei opt frați, şi naşterea era legată, în mintea sa, de frica de a îmbătrâni prematur, ca mama sa. În două şedințe de EMDR, am rezolvat temerile acestei femei; ea a avut apoi o sarcină fericită şi o naştere fără complicații. În acelaşi mod, pacienți cardiaci care trăiau în stresul constant al unui traumatism nerezolvat se puteau simți bine făcând EMDR, cu riscul unei agravări momentane a stresului lor, mai degrabă decât să continue să trăiască cu tensiunea cotidiană impusă de inima lor prin traumatismul neîngrijit.

3 B. A. Van der Kolk, «The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress», *Harvard Review of Psychiatry*, I, 1994, p. 253-265.

4 Cum ştiu terapeuții că cineva are o credință nocivă blocată în sistemul nervos ? Evaluăm comportamentul său. Explorăm istoria persoanei şi notăm ce evenimente trecute evocă încă cu puternice reacții emoționale şi fizice. De exemplu, stați o clipă să faceți să revină în conştiința voastră o amintire, mai veche de zece ani, care vă face încă să suferiți. Resimțiți unele emoții şi senzații care erau prezente în acel moment ? Ce idee vă vine despre voi înşivă ? Dacă o examinați cu grijă, puteți descoperi că această idee conține opinii negative despre sine care explică reacțiile negative pe care le puteți avea şi în situații analoage din prezent. Înseamnă că amintirea şi credințele negative care o produc nu au fost încă tratate eficient.

5

Numeroasele fețe ale fricii: fobii şi crize de angoasă

«Cine a fost muşcat de şarpe se teme chiar şi de o frânghie îndoită. »

Dalai Lama

Anumite povestiri pe care supraviețuitorii traumatismelor le spun terapeuților sunt atât de intense, încât majoritatea oamenilor se simt rău imaginându-şi-le. În această carte, vă veți întâlni cu un mecanic care a văzut cele o sută şaptezeci de tone ale trenului pe care-l conducea trecând peste corpul unui copil de şase ani şi o femeie care a fost violată în timp ce fetița sa se afla alături în acelaşi pat. Cei mai mulți dintre noi nu am trăit niciodată încercări atât de îngrozitoare, dar avem toți în comun anumite reacții fiziologice şi psihologice şi, în fața unui potențial dezastru, reacțiile sunt în general aceleaşi la toată lumea. Frica este unul dintre numitorii comuni ai condiției umane.

Fiecare dintre noi este un individ unic, dar noi avem în comun un anumit număr de reguli ce definesc şi modelează dezvoltarea noastră. Un principiu care ghidează practica EMDR, schițat în modelul tratamentului accelerat al informației, afirmă că patologiile, «lipsurile» dezvoltării personalității, se fondează pe întâmplările precoce. Când cauza problemei nu e nici organică nici biochimică, toate emoțiile noastre, toate actele, toate deciziile sunt ghidate de experiențele anterioare, căci toate sunt înnodate între ele într-o rețea mnezică asociativă.

Noi nu reacționăm la întâmplare, dar o facem mai curând în raport cu realitățile asociative interioare. Pentru a ne permite să găsim sens în ceea ce trăim, percepțiile evenimentelor prezente se refac automat la trecut în rețeaua mnezică, şi emoțiile negative înmagazinate pot atunci să invadeze individul. În EMDR, terapeutul se străduieşte să repereze experiențele negative care declanşează problema. Uneori este evident. În cazul sindromului de stres post-traumatic, aceste experiențe sunt întâmplări îngrozitoare care fac persoana să trăiască un sentiment tulburător de oroare şi frica de a muri. În alte cazuri, acestea pot fi evenimente din viața curentă care lasă persoana definitiv diminuată. De exemplu, putem fi obiectul batjocurii într-un joc de tabără şi să ne simțim rău la început în situații de acelaşi fel. Reacția poate fi un sentiment cotidian, discret, de lipsă a încrederii în sine şi dacă i se cere să ia cuvântul, o impresie derutantă şi copleşitoare de indispoziție față de grup, sau marea reacție anxioasă în care persoana

tremură, se înroşeşte şi caută să fugă de fiecare dată când i se cere să se exprime în public. Într-un anumit fel, întâmplările sunt înnodate asociativ, ca la femeia care a devenit incapabilă să iasă din casă după o scenă în care a vomitat în public descoperind că soţul ei avea o legătură.

Experienţele anterioare sunt în general la originea reacţiilor patologice prezente, dar li se atribuie diferite denominări clinice potrivit cu simptomele pe care le provoacă. Sindromul de stres post-traumatic, criza de angoasă, tulburarea de panică şi fobia sunt submulţimi ale categoriei *tulburări anxioase*. Dacă o persoană trăieşte un eveniment care pune viaţa ei în pericol şi prin urmare ea are gânduri intruzive în legătură cu acest eveniment şi comportamente de evitare, vorbim de *sindrom de stres post-traumatic*. Dacă evenimentele periculoase, sau chiar şi cele din viaţa de fiecare zi, pot provoca alte tulburări. Dacă persoana trăieşte perioade distincte de angoasă intensă şi frică, numim aceste întâmplări *crize de angoasă*. Dacă crizele recurente includ cel puţin o lună de frământări anxioase continue în aşteptarea următoarei crize, această boală este o *tulburare de panică*. Dacă persoana se teme de situaţiile în care obiecte precise antrenează pentru ele o reacţie de angoasă intensă şi le evită, suntem în prezenţa unei *fobii*. În toate cazurile, dacă o persoană poate fi predispusă prin factori biologici la reacţii de angoasă sau panică, vinovatul, în ultimă analiză, este în general o experienţă de viaţă anterioară, care declanşează problema şi care rămâne blocată în sistemul nervos al persoanei.

EMDR tratează diverse tulburări anxioase cu diferite protocoale, explicit construite pentru fiecare tip de probleme. Pentru mărirea efectelor tratamentului, EMDR nu tratează numai amintirile îndepărtate, ci şi evenimente mai recente, sau situaţii în care clientul crede că va fi implicat mai târziu. Noi procedăm astfel pentru că reţeaua mnezică asociativă este complexă şi vrem să atingem cât mai multe zone problematice posibil. Trecutul şi prezentul sunt împletite la multiple niveluri în reţeaua mnezică asociativă, efectele pozitive ale tratamentului se răspândesc în tot sistemul şi persoana poate să înceapă să reacţioneze pozitiv la situaţii similare.

Putem să credem că terapia EMDR penetrează reţelele mnezice şi se serveşte de ele pozitiv; totuşi, motivul pentru care evenimentele anterioare pot cauza reacţii atât de tulburătoare constă într-un canal complex de stimuli de răspuns. O experienţă perturbantă este cauza declanşatoare a celei mai mari părţi a simptomelor de tulburări anxioase; angoasa provocată atunci este legată de un număr oarecare de elemente (cum ar fi sunete sau obiecte) care se găseau atunci acolo. Aceleaşi elemente pot să ducă mai târziu la ivirea în mod automat a angoasei, şi reacţia se poate lega de tot ce va fi prezent *atunci acolo*. Încurcătura de reacţii anxioase poate deveni din ce în ce mai complexă şi să înglobeze din ce în ce mai multe lucruri. Din fericire, soluţia este simplă şi conceptele subiacente tratamentului provin toate de la un geniu numit Ivan Pavlov.

Diversele abordări psihologice propun explicaţii, dar putem considera tulburările legate de frică trecând prin ochelarii pavlovieni de stimul-răspuns, considerând ca stimul evenimentul perturbator şi ca răspuns [1] comportamentul dictat de frică. A trecut mai bine de un secol de când Pavlov a descoperit, aproape accidental, că putea să antreneze câinii să saliveze ca răspuns la sunetul clopoţelului cu care sunăm chiar înainte de a le da să mănânce. Prin urmare, s-a arătat prin numeroase studii pe fiinţe umane că acest gen de reacţie automată era provocat de împerecheri analoage de astfel de situaţii [2].

În psihologie, numim *condiționare clasică* acest fenomen stimul-răspuns. El explică de ce contactul cu mama poate să întrerupă plânsul copilului înfometat: copilul a învățat să asocieze mama cu hrana şi cu starea de bine. Noțiunea de condiționare este piatra unghiulară a psihologiei comportamentale, şi ea a căpătat o întrebuințare atât de banală încât nici nu o mai remarcăm. De exemplu, o variantă numită *condiționare operantă* apare de fiecare dată când stabilim o asociație între o acțiune şi o consecință. Pedepsim copilul care traversează strada fugind sperând că va învăța să asocieze această acțiune cu pedeapsa şi deci va înceta acest comportament. Se oferă frecvent acelaşi principiu, dar cu intenție inversă, cu primele ce se dau salariaților. Dacă perechea stimul răspuns nu e decât un proces mintal printre altele, este cu siguranță unul dintre cele mai fundamentale şi mai elementare. Procesele mentale şi fiziologice sunt inextricabil îmbinate.

Este posibil ca unul dintre mecanismele care permit EMDR să rezolve rapid tulburările provocate de frică şi anxietate ori în raport cu condiționarea clasică. În acelaşi mod în care frica este asociată cu anumiți stimuli, antrenând fobii şi tulburări de panică, avem dovada că EMDR este capabilă de a decondiționa rapid persoana care suferă inducându-i o puternică reacție de relaxare. Într-un studiu publicat recent de David Wilson şi echipa sa [3], s-a cerut unor persoane să se gândească în timpul procedurii EMDR la un eveniment tulburător pentru ele, fie în timpul mişcărilor oculare, fie ținând ochii închişi. Cele două grupuri de subiecți au fost conectați la un echipament de biofeedback*. După procedură, un tehnician independent citea trasajul poligrafului şi făcea evaluarea ritmurilor cardiace, respirației, presiunii arteriale şi a reacției galvanice a pielii (adică rezistența electrică a pielii, în raport cu excitația emoțională).

Rezultatele au arătat că subiecții care făcuseră mişcări oculare gândindu-se la amintirile neplăcute arătau că trăiseră în mod automat o reacție fizică de relaxare. Această descoperire indica faptul că ființele umane au un mecanism fiziologic intern care, în mod convenabil, stimulează şi dirijează activ vindecarea emoțională. Rezultatele acestui studiu subliniau în egală măsură forța legăturilor existente între fiziologia şi psihologia umană: într-o singură şedință de EMDR, principalele simptome ale subiectului dispăreau.

În studiul fobiilor această interconexiune corp-spirit este şi mai evidentă. Terapeuții care lucrează cu clienți fobici sunt deseori în dezacord cu tratamentul fobiei, dar sunt în general de acord să spună că dificultatea provine din asociația făcută de clienți între un stimul dat (păianjeni, de exemplu)şi o reacție fiziologică de frică. Când frica persoanei este atât de intensă încât handicapează grav viața sa de zi cu zi, vorbim de fobie. Se estimează că o persoană din şase, în Statele Unite, suferă de fobie. Fobiile vin din «fobii sociale» (frica de a vorbi în public, de exemplu), sau din altele mult mai specifice cum ar fi frica de avion sau de a conduce o maşină (cele mai curente) sau frica de un animal (cele mai rare) [4].

Reacția obişnuită a persoanei atinse de fobie este de a evita situația sau obiectul de care îi este frică. Psihologii comportamentului afirmă că acest eveniment nu face decât să alimenteze fobia. Pentru vindecare, spun ei, persoanele trebuie să găsească o

* Biofeedback: set de tehnici de înregistrare (monitoring) a funcțiilor autonome ale corpului subiectului, ca presiunea sângelui, ritmul cardiac, activitatea cerebrală. Aceste activități sunt traduse grafic de un aparat numit *poligraf.* (N.d.T.)

terapie care îi expune repetitiv obiectului care provoacă fricile (fie în realitate, fie în imaginație), privindu-l până când nu li se mai întâmplă nimic rău (de exemplu, până când efectiv nu se mai tem de mușcătura păianjenului). În timp, fricile persoanei trebuie să se diminueze gradual până când nu mai pun probleme. Studiile efectuate au arătat rezultatele excelente ale acestor tehnici comportamentale care tratează fobiile. Din nefericire, terapeuții care însoțesc clienți fobici știu că, dacă fobiile sunt complexe, remediul nu este mereu atât de simplu ca pentru clienții selecționați cu grijă pentru nevoile unui studiu. Este motivul pentru care programul de tratament global pe care l-am elaborat în EMDR este atât de important.

Deşi nu dispunem încă de studii comparative controlate despre eficacitatea EMDR în tratamentul fobiilor, unii terapeuți relatează excelente rezultate [5]. Protocolul EMDR particular pe care l-am pus la punct pentru fobii vizează evenimentul central care a cauzat fobia şi eventualele circumstanțe care mențin frica pe loc. Deseori, cauza unei fobii este mai complicată decât pare la prima vedere. Am avut o dată o clientă îngrozită de călătoria cu avionul; ca regulă generală, am considerat-o ca o dificultate de gradul I. Totuşi, ascultând istoria acestei femei, am descoperit că soțul său era vânzător ambulant, şi că, pentru ea, singura scăpare pentru a nu fi dusă în patru colțuri ale țării era frica de avion. Nu era vorba de o decizie conştientă din partea ei, era un caz de *beneficiu secundar*, termen care desemnează faptul că oamenii pot să tragă foloase din tulburările lor. Pentru a trata această femeie cu succes în EMDR, trebuia în primul rând abordată relația de cuplu în terapie familială. Femeia a învățat acolo să se apere şi să stabilească propriile limite, într-un mod care nu era fobia pe care o pusese în loc.

Alt aspect important al protocolului EMDR: el abordează toți stimulii simultani ce pot declanşa, independent unul de altul, fricile persoanei. Să luăm exemplul bărbatului căruia îi este frică de avion: multe activități pot să amâne prinderea avionului. Pentru a înțelege totalitatea problemei, înțelegând aici anticiparea anxioasă a zborului, trebuie să-l facem pe client să-şi imagineze, scenă după scenă, un film în care el se îmbarcă pentru o călătorie cu avionul, de la pregătirea bagajelor până la momentul întoarcerii sale fără probleme la sol. Nu contează care stimul din preajma evenimentului global al zborului cu avionul (telefonul la aeroport, luarea maşinii pentru a ajunge acolo, mersul la poarta de îmbarcare) este susceptibil de a servi ca declanşator, mai ales dacă el a trăit anterior deja această experiență în stare de panică. De asemenea, dacă persoana suferă de claustrofobie, este important de tratat toată situația care declanşează frica: când e prinsă într-un ambuteiaj, într-un ascensor sau într-un autobuz arhiplin

Încă o dată, reacția de frică este cauzată de câteva întâmplări anterioare, ce pot fi un traumatism personal, am văzut cum cineva era rănit sau am fost puşi în gardă fără încetare în legătură cu un pericol. Uneori, totuşi, evenimentul central este îngropat în istoria anterioară a clientului. O persoană, tot astfel, a descoperit în travaliul EMDR că frica sa de avion era legată de momentul în care o văzuse pe mama ei murind, precum şi de impresia subsecventă de a nu fi capabilă să facă ceea ce trebuia. Înainte de a fi elaborat acest eveniment, efectele acestui travaliu s-au generalizat traversând rețeaua mnezică asociativă şi au condus mai uşor tratamentul spre problema sa actuală, frica de avion. A înțeles că tratamentul evenimentului central antrena o vindecare completă traversând toată rețeaua mnezică.

Dacă numeroase fobii sunt provocate de o experiență traumatică unică, ele pot avea drept cauze mai multe evenimente acumulate. Acumularea de incidente generatoare de detresă pot să ducă la existențe handicapante în acest mod. Aceste

persoane nu-şi dau seama că ar putea fi ajutate, şi petrec ani închise într-o suferinţă tăcută. Alţii pot fi forţaţi să facă o terapie pentru că ramificaţiile acestor evenimente totuşi vechi invadează activităţi pur şi simplu banale cum ar fi conducerea unei maşini. Ceea ce apare ca o fobie izolată reprezintă uneori o şansă de vindecare a unor multiple nivele asociate.

Jessica Spenser avea douăzeci şi doi de ani în primul episod a ceea ce urma să devină paisprezece ani de fobie de a conduce automobilul şi de crize de angoasă. Studentă la jurnalism, ea trăia la Los Angeles. Era şi o atletă robustă; adora sporturile ca surfingul, sportul cu vele, scufundările, plimbările pe faleză. În ciuda tuturor acestor activităţi, Jessica avea o impresie de vid, de instabilitate, se simţea rău în pielea ei. Ea suporta uneori o frică nedefinită, care putea să o aducă până la o teroare de pierdere a controlului.

Într-o noapte, conducea pe banda centrală a autostrăzii, cu 80 km/h. Dintr-o secundă în alta, trecea calm de la condusul maşinii la teama de a nu leşina la volan, de a pierde controlul volanului şi de a provoca o busculadă mortală de table torsionate şi corpuri zdrobite, care o îngheţa. A încetat să mai gândească raţional, adrenalina ţâşnea prin vene, inima şi creierul înnebuneau. Cu un an înainte, leşinase făcând duş, şi în acea seară, la volan, avea aceeaşi senzaţie de pierdere a controlului propriului corp. Îngrozită de ideea că ar putea să leşine, Jessica apăsă frâna. Încercă să parcheze după colţ, unde va fi în securitate, dar trebuia să traverseze două benzi de circulaţie. Farurile maşinilor şi camioanelor păreau să vină spre ea din toate părţile deodată. Viteza se reducea; oamenii claxonau şi făceau loc pentru a o evita.

A reuşit să parcheze fără stricăciuni, dar incidentul nu s-a oprit aici. Germenii fricii care fuseseră semănaţi în ea cu mult timp înainte erau readuşi la suprafaţă în acea noapte. A durat următorii zece ani, nu au încetat să se multiplice şi să proiecteze umbre din ce în ce mai negre pe viaţa Jessicăi.

Pe vremea când Jessica întâlnea terapeutul Deany Laliotis, licenţiată în asistenţa socială clinică la Washington D. C., frica de a conduce crescuse şi avea să trezească alte frici. Trecuseră paisprezece ani de când nu mai conducea pe autostradă. N-o lua decât pe străzile secundare şi numai în plină zi. Cariera ei se prăbuşea. Jurnalist corespondent, avea misiuni îndepărtate care necesitau frecvent deplasarea cu maşina. Ceea ce ar fi trebuit să fie un traseu de douăzeci de minute pe autostradă devenea de multe ori o expediţie de două ore de-a curmezişul ambuteiajelor din centrul oraşului, porţilor şcolilor şi suburbiilor necunoscute. Puţin câte puţin, Jessica punea mai puţină energie în a căuta de lucru. A început să abandoneze şi celelalte activităţi pentru că deveneau periculoase în cazul în care leşina. Încetă să mai practice sportul cu vele, plimbările, scufundările. Anii treceau, ea se izola şi se replia din ce în ce în ea însăşi. Singura persoană cu care era efectiv în contact era soţul său.

Jessica a căutat să fie ajutată pentru fobia de a conduce. Pe parcursul anilor, a avut întrevederi individuale de consiliere psihologică, a făcut terapie de grup (încă mai participa la momentul întâlnirii cu Deany), hipnoză şi biofeedback. Uneori se simţea uşurată parţial de fricile sale, dar această uşurare era mereu tranzitorie. Îşi dădu întâlnire cu Deany pentru că o auzise vorbind de EMDR.

Jessica a lucrat cinci luni cu Deany. Ea a început povestindu-i despre crizele de angoasă şi nenumăratele momente, din copilărie până astăzi, în care leşina şi pierdea

controlul propriului corp. În familie, Jessica era singura fată şi cea mai mică din trei copii. Mama lucra parte time şi tatăl de multe ori alegea să rămână acasă şi să se ocupe de fiica lui. Nu-i plăcea asta şi pasa furia lui asupra Jessicăi. Când intra într-o cameră şi o găsea jucându-se îl apuca furia. Ridica vocea, arunca obiecte la întâmplare prin cameră şi schimba canale la televizor până când ea părăsea camera. O forţa pe Jessica să mănânce ce nu-i plăcea şi să se păteze foarte tare. Nu a bătut-o niciodată, nu a abuzat-o sexual, dar o păcălea şi o teroriza. La şase ani, Jessica rămânea mereu singură acasă. Deany a identificat aici rădăcinile dificultăţilor pe care le avea Jessica.

Tabloul se complică atunci când Deany a înţeles că Jessica a suportat trei operaţii în cursul primilor patru ani de viaţă, două la ochi şi una la uretră. Ea a petrecut o bună parte din timpul când era spitalizată fără să fie cineva lângă ea. Uneori, mama o vizita, dar tatăl niciodată. Jessica era lăsată aproape singură în timpul înspăimântătoarelor încercări ale operaţiilor. La sfârşitul acestei perioade de intervenţii chirurgicale, Jessica avea o frică extremă de medici, de seringi şi de injecţii. Se confesă lui Deany că azi, la treizeci şi şase de ani, ea nu mai făcuse nici un examen medical de ani de zile.

Maltratarea şi neglijarea pe care le trăise Jessica în copilărie ofereau în mod evident un teren propice pentru tot felul de frici şi de disfuncţii. EMDR îşi găsea aici întrebuinţarea; totuşi suferinţele esenţiale ale Jessicăi se refereau la incapacitatea sa de a conduce aşa cum se aştepta, şi, în consecinţă, ele au decis să ţintească în EMDR fobia de a conduce. Deany şi Jessica, ignorând cauza particulară a acestei frici, au început prin a lucra cu prima (şi cea mai rea) criză de panică, cea care s-a produs pe autostrada Los Angeles şi pe emoţiile şi părerile violente care le acompaniau: «Nu sunt la înălţime», «Nu pot să fac nimic», «Nu sunt normală» şi «Plictisesc pe toată lumea». În timp ce Deany şi Jessica urmau succesiv secvenţă după secvenţă de mişcări oculare, imaginile care se iveau în mintea Jessicăi se clădeau una în alta ca un film care trecea de la trecut la prezent, apoi din nou la trecut. Emoţiile care acompaniau aceste imagini mentale erau atroce: frică intensă. Culpabilitate, tristeţe, disperare.

Jessica începu una dintre şedinţe cu o imagine înfricoşătoare în care fiind în maşină intra într-un tunel. Imaginea se schimba: în prezent era prinsă într-o capcană, camioane în plină viteză o înconjurau, o blocau, o forţau. Unul dintre cele mai enorme camioane se transformă în tatăl său, cu aceeaşi impresie de intimidare şi de dominare pe care o avea fiind fetiţă. Asociaţiile suscitate de EMDR deschideau calea unui flux de emoţii şi apăreau prize de conştiinţă; nu era exact ceea ce trăise toată viaţa: în teroare ? Ea îşi ieşea din minţi pentru că era îngrozită de ideea de a nu se putea controla. Era înspăimântată de ideea de a nu se putea controla pentru că îşi amintea toate momentele când tatăl său nu se mai controla.

După această priză de conştiinţă, Jessica şi Deany au început să ţintească chestiunile în raport cu familia Jessicăi. În cursul unei şedinţe, ea îşi aminti o zi sufocantă de vară în care tatăl i-a spus să tundă peluza. Nu avea decât unsprezece ani, era mică pentru vârsta ei. Împingea maşina de tuns pe gazon în afara garajului, dar nu reuşea să o facă să pornească. În sfârşit, a tras de cordon atât de tare încât s-a rupt. Tatăl spumegă de furie şi îi ordonă să o repare. Jessica coborî capul, lacrimile curgeau şi cădeau pe iarbă: nu putea s-o repare, nu avea bani.

În altă şedinţă s-au consacrat fobiei de a conduce: ea a trecut peste poduri, s-a ciocnit de semi-remorci, a luat-o pe autostrăzi cu bariere de beton. În toate situaţiile, Jessica se simţea prinsă în capcană, incapabilă să controleze nici corpul nici ceea ce se

întâmpla în jurul lui. Cum Deany gândea că şi aceste teme puteau fi acolo şi în timpul operaţiilor pe care le suferise Jessica în copilărie, le-a consacrat lor şedinţa. În timpul mişcărilor oculare, Jessica regăsea toate caracteristicile acelor momente dureroase; ea simţea până şi mirosul de amoniac din spital. Graţie mişcărilor oculare, regăsi tristeţea şi frica de a fi lăsată acolo, foarte singură, fără nimeni care s-o protejeze. Era înconjurată de oameni bizari care-i făceau rău. Travaliul cu aceste trăiri, nu singur, a redus impactul părerilor autodepreciative ale Jessicăi, dar i-a permis să depăşească frica de medici şi de injecţii. Începea să aibă mai multă încredere, şi de asemenea să se mândrească un pic mai mult cu corpul său, care n-o trădase făcând-o să-şi piardă conştiinţa.

Uşor, Jessica începea să părăsească cochilia. Un număr atât de mare de dificultăţi prinsese rădăcini în copilăria sa încât i-a invadat identitatea; în timpul elaborării amintirilor tulburătoare, personalitatea Jessicăi părea să se schimbe.

Era mai sociabilă, mai sigură, mai liniştită, avea mai multă încredere în ea. Deany era mulţumită de progresele sale; totuşi, ea şi Jessica au lucrat împreună două luni şi Deany avea impresia că lucrurile nu avansau atât de repede ca de obicei în EMDR. Paradoxal, nicio şedinţă de EMDR nu alinase încă frica sa de a conduce. Ceva o reţinea. La plecarea de la şedinţele cu Deany, se simţea încurajată să reînceapă să conducă pe autostradă, dar, când era singură, paralizată de angoasa de ceea ce urma să i se întâmple, nu o şi făcea. Din nefericire, singura dată când chiar a încercat să o facă, noaptea (o situaţie nefavorabilă pe care nu o lucrase) şi-a ieşit din minţi. A fost un recul uriaş. Dacă leşina şi rănea pe cineva ? dacă îl omora ? dacă se omora ? Un travaliu suplimentar nu făcu să se retragă angoasa. Ceva alimenta frica ei, dar ea nu găsea încă ce.

În sfârşit, Deany a decis că cel mai bine era să iasă împreună pe autostradă şi să vadă ce i se întâmplă. De fiecare dată când Jessica simţea că urcă panica, ele trăgeau pe dreapta şi practicau imediat EMDR pe ceea ce declanşa panica. Au făcut patru astfel de şedinţe; ele atrăgeau privirile întrebătoare ale celorlalţi şoferi, dar făcură progrese enorme. Deany îi oferi Jessicăi sprijinul pe care ea nu l-a avut niciodată din partea familiei şi în plus ea a combinat EMDR cu tehnica mai clasică de expunere *in vivo* (în situaţii reale) utilizată în special de terapeuţi comportamentalişti. Nu au putut aborda în fond, la cabinet, toate fricile Jessicăi şi stimulii care le antrenau; tehnica găsită permitea elaborarea rapidă pe drum.

Viaţa Jessicăi se schimba spectaculos după «terapia pe autostradă» care a rezolvat şi ultima frică. Stima de sine continua să crească; reîncepu să se poată folosi de talentele de jurnalist; lua maşina pentru a merge oriunde i-ar fi plăcut, de câte ori avea nevoie. A reuşit să facă vaccinurile necesare pentru a-l însoţi pe soţul său într-o călătorie de afaceri în Extremul Orient. Frica de medici şi de injecţii dispăruse.

Nu e neobişnuit ca, prin travaliul EMDR pe problemele reperate, să accedem direct la incidentele asociate. Aceste conexiuni sunt mereu logice, chiar dacă nu ne dăm seama de asta imediat. Un client care începe prin a viza un incident traumatic, de exemplu ziua când tatăl său l-a abandonat, va continua poate prin a-şi aminti de alte evenimente similare, ca abandonuri de către alte persoane sau alte situaţii în care a simţit aceeaşi disperare inundându-l. Va putea să-şi amintească şi alte momente bulversante pentru el cu tatăl sau alte ocazii în care el a avut acelaşi gen de gânduri autodepreciative («Nu merit să fiu iubit»). Aşa cum am explicat, se întâmplă astfel

pentru că trăirile noastre anterioare sunt psihologic legate într-o rețea mnezică, cu alte evenimente analoage care au loc în prezent.

Capacitatea EMDR de a deschide rețeaua mnezică și a elabora trăirile vechi permite oamenilor să iasă din terapie vindecați dincolo de dorințele inițiale. Jessica a ieșit din terapie cu mult mai mult decât regăsirea capacității de a conduce o mașină. Travaliul de elaborare a condus la o rapidă ușurare în legătură cu greutățile ce aveau germenii implantați în ea cu mult înainte de apariția fobiei sale, și care au afectat stima de sine în multe feluri.

S-a descoperit această interacțiune a trecutului și a prezentului când un grup de terapeuți EMDR au fost în Florida pentru a trata victimele uraganului Andrew. Ei au propus o ședință unică fiecărui client, pentru a lucra specific pe simptomele provocate de uragan. Terapeuții au relatat că în aproape 30% din cazuri, în mijlocul ședinței, clienții începeau să lucreze pe amintirea unui traumatism din copilărie care le dădea impresia similară de haos și de pierdere a stăpânirii. Uraganul le-a furnizat și o ocazie de a termina cu reziduurile evenimentelor de mult trecute.

Experiențele trecute pot exacerba reacțiile negative ale noilor experiențe, tot așa cum cele noi pot exacerba reacțiile celor trecute. În fapt, EMDR ne-a făcut să constatăm într-un mare număr de reprize că trecutul este mereu prezent. Chiar dacă aveți impresia că l-ați îngropat, trecutul ne poate gâtui de frică în clipa când ne așteptăm cel mai puțin.

În martie 1990, Susan Rafferty și al doilea său soț, Sam, așezați pe sofa, ascultau viscolul care bântuia în acea noapte prin Colorado. De fapt, Sam asculta; Susan încerca cu toate forțele să nu audă urletele vântului și zăpezii ce bătea în geam. De când era mică, îi era frică de furtuni. Nu era o trăsătură caracteristică de personalitate: încrezătoare, exprimându-se ușor, sigură pe ea, bătăioasă chiar, Susan era o femeie de patruzeci de ani, mamă a doi băieți adulți, care ținea casa, avea un serviciu full time și încă mai găsea timp de a fi mereu impecabilă.

Mental, ea închise ușa furtunii, dar deschise o dezbatere interioară asupra unei chestiuni la fel de stresante: noul serviciu, pe care îl obținuse cu mai puțin de o lună în urmă. Se ocupa cu contactarea de clienți pentru un mare furnizor al armatei din Colorado Springs și, dacă altă dată fusese apreciată în această firmă când lucra ca secretară, acum nu se simțea la înălțime. Erau în joc sume foarte mari. A petrecut primele săptămâni în acest post într-o spaimă ce contrasta extrem de ciudat cu modul său hiper-competent de a-și conduce în general viața.

Susan se întoarse spre Sam să-i spună ceva, dar brusc jumătate din fața ei paraliză. Sam o urcă în mașină și plecă cu ea repede pe străzile înghețate până la Urgență. Se gândeau amândoi, foarte îngrijorați, că Sam ar fi putut avea un atac, dar medicii nu au găsit nimic anormal și au trimis-o acasă.

Nimeni nu știa în acel moment că Susan tocmai a avut prima dintr-o serie de crize de angoasă. Cei mai mulți oameni asociază panica cu bătăi dezordonate ale inimii, dar se găsesc și alte simptome fizice, cum sunt cele de senzații de amețeală și furnicături, o respirație scurtă, vertije sau amețeli, zgâlțâieli, tremurături, dureri în piept, vomă, o durere abdominală, frisoane și bufeuri de căldură. Așa cum am văzut în cazul Emilyei Zazaroff (tânăra care nu putea să aibă copii), corpul e inseparabil de procesele psihologice. Deseori simptomele fizice sunt cele care spun adevărul despre marea dezordine pe care clientul nu o exprimă verbal. În mod special e adevărat că

aceştia sunt cei pe care îi numim «truditori», sau cei ce-şi petrec timpul veghind asupra celorlalţi. Ei sunt atât de ocupaţi să se preocupe de faptul că totul e în ordine cu ceilalţi încât îşi acordă prea puţin timp pentru a veghea la propriile lor nevoi, psihologic ei sunt la ceilalţi. Deseori ei consideră emoţiile lor drept slăbiciuni cărora nu trebuie să le cedezi. Paradoxal, uneori sunt cei mai tari, cei care refulează cel mai mult şi se poartă cel mai rău.

Următoarele luni au fost foarte dificile pentru Susan. Presiunea continua la locul de muncă şi creştea acasă. Au fost recent diagnosticaţi în acelaşi timp fratele ei (care avea SIDA) şi cumnata cu cancer şi amândoi au suportat grave operaţii. Fiul ei Ernie era în armată în aviaţie şi aştepta dintr-o zi în alta ordinul de misiune pentru a pleca să se alăture forţelor americane în Golful Persic. Fiul cel mai mare al lui Sam, şi el în armată, era sigur de plecarea acolo. Ea avea şi înainte senzaţii de amorţeală, de data asta la mâini şi la picioare. Avea şi dificultăţi de respiraţie, vertije şi crize de diaree destul de jenante şi inexplicabile. Aceste simptome apăreau vag, de patru, cinci ori pe săptămână. Medicul i-a făcut un IRM pentru a vedea dacă are o scleroză în plăci. Rezultatul a fost negativ.

Şase luni mai târziu, Susan împingea căruciorul pe culoarele înţesate şi zgomotoase din Wal-Mart*. Anunţurile se succedau la microfon, foarte tare, şi Susan avea impresia că mărfurile stivuite în raioane ameninţau să se prăbuşească peste ea. Brusc, fu incapabilă să mai respire. Pieptul strivit, inima ambalată, tot corpul tremura, pielea udă. «Înnebunesc, se gândi. Dacă nu ies de aici, voi muri.» Se întoarse pe jumătate şi se năpusti pur şi simplu spre uşă, lovind alţi clienţi, lăsând căruciorul aproape plin în spatele ei.

Revenind în maşină, Susan se cramponă de volan timp de mai multe minute până când emoţiile s-au mai domolit. Apoi îşi veni în fire şi-şi recăpătă spiritul practic. A reuşit să învingă dificultăţile în ultimele şase luni şi sigur putea să treacă şi peste asta. «Bine, îşi spuse cu voce tare. Foarte bine. Nu mai merg la Wal-Mart, asta-i tot. Pur şi simplu nu-mi place Wal-Mart.»

O săptămână mai târziu după această dezastroasă dimineaţă în Wal-Mart, Susan luă lista de cumpărături şi plecă spre Kmart*. I se întâmplă acelaşi lucru. În mijlocul magazinului răsunând de activitate, ea se regăsi brusc într-o panică oarbă şi fu obligată să fugă spre ieşire. Simptomele fizice erau aceleaşi: frisoane, tremurături, ritm cardiac fără măsură, dificultăţi respiratorii. Aşezându-se în maşină, Susan se mustră sever: «E ridicol. Nu poţi să eviţi să mergi la Kmart toată viaţa.»

Susan s-a întors să-l vadă pe medic. Se gândea că aceste crize pot fi datorate unei hipoglicemii şi a pus la punct un test complet de toleranţă la glucoză pentru ea, cu cinci măsurări ale glicemiei pe o perioadă de cinci ore. Susan avea tot timpul între două prize de sânge; ea şi Sam mergeau pe jos de-a lungul clădirilor şi s-au oprit în faţa unui mare magazin. Brusc, Susan a resimţit toate simptomele pe care le avusese la început: colici, respiraţie dificilă, transpiraţii, panică, picioare moi. Sam a prins-o de braţ şi s-au întors fugind la medic, care a telefonat la un laborator pentru a face imediat un test de sânge. Susan era agitată din cauza acestor zgâlţâieli şi a faptului că tehnicianul laboratorului nu reuşea să-i ia sânge din îndoitura cotului; a trebuit să i se înţepe degetul. Dar glicemia lui Susan era normală.

---

* Wal-Mart şi (mai jos) Kmart: lanţ de supermarcheturi americane.

* Cf. notei de la pagina precedentă (N.d.T).

Când a revenit medicul în sala de consultații, avea în mână o carte pe coperta căreia erau cuvintele: *Tulburări anxioase*. «Susan, spuse, cred că suferiți de crize de angoasă şi aş vrea să citiți asta, pentru a înțelege mai bine ce este. Pe de altă parte, vă voi pune sub anxiolitice.»

Susan citi cartea pe care i-a dat-o şi tot ce a putut găsi despre angoasă şi tulburările de panică. A găsit în aceste lucrări descrierea a tot ce cunoscuse ea. Nu era nebună şi nu era pe punctul de a muri. Suferea de o tulburare anxioasă, ca oamenii ale căror istorii le citise. Găsea curios faptul de se simți mai bine pur şi simplu ştiind că mii de alte persoane sufereau de aceeaşi boală. Anxioliticul, luat cu conştiinciozitate la început, alină crizele un timp, apoi avu progresiv de la lună la lună efect asupra crizelor de panică. Medicamentul avea şi efecte secundare surprinzătoare. La fiecare a treia priză zilnică de comprimate, Susan avea trei sferturi de oră vertije care o împiedicau să stea în picioare.

În final, Susan a abandonat medicamentul, dar a refuzat să se abandoneze în boală. Lecturile au învățat-o că crizele de angoasă se transformă deseori în agorafobie veritabilă: Susan se jura că nu a fost niciodată blocată în casă din cauza angoaselor sale. Se obliga să meargă în băcănii şi la Kmart când singurul lucru pe care şi-l dorea cu adevărat era să se întoarcă acasă să stea singură întinsă pe întuneric. În ciuda tuturor eforturilor de a combate panica, Susan continua să aibă patru, cinci crize pe săptămână. Părea că vine de nicăieri, uneori la serviciu, uneori în locuri superpopulate şi zgomotoase, uneori în maşină. Rețeaua de stimuli declanşatori se lărgea, dar Susan reacționa de fiecare dată. În maşină, a doua oară când îşi simțea gâtul strâns şi senzația de constricție în piept, deschidea radioul şi cânta cât putea de tare până când panica o părăsea. Respira profund şi continua să conducă. Uneori, senzația de amorțeală şi durere în piept semăna atât cu o criză cardiacă, încât nu mai încerca decât să reziste şi pleca spre Urgență.

În orele şi zilele care urmau crizei, Susan era inundată de frică, se întreba cu angoasă când o să aibă un nou atac – şi unde. Această frică anticipatoare, pe lângă crizele de angoasă, o făcea un candidat de prima mână pentru un diagnostic de tulburare de panică. Această tulburare e mai dificil de tratat decât crizele de angoasă numai pentru că frica de a avea o altă criză de angoasă alimentează frica inițială. Pentru mulți oameni, chiar un simplu indiciu ca senzațiile fizice poate provoca o criză de angoasă; prezența unui element stresant extern nu e necesară. Nu putem alerga în fața fricii când ne e frică de reacția propriului corp.

Susan încerca tot felul de lucruri pentru a-şi regăsi calmul, între altele biofeedback şi un program de treizeci de zile de reducție intensivă a stresului. Nimic nu o ajuta. În sfârşit, ea schimbă compania de asigurări şi contactă o fundație. Aceasta avea o clinică unde lucra un psihoterapeut. George Dunn, consilier pe probleme sociale, îi făcu lui Susan o serie de teste (care arătau că era angoasată şi deprimată), ascultă istoria sa detaliată; atunci i-a vorbit Susan despre tornadă. Cea din 1984. Cea care a smuls casa din fundație şi a proiectat tot ce conținea prin toată regiunea. Cea care l-a omorât pe primul ei soț şi a pus capăt dintr-o lovitură unui mariaj fericit de douăzeci de ani.

Susan a crescut în Missouri şi, ca toți copiii crescuți în ceea ce se numeşte Centura Tornadelor, înainte de a învăța să vorbească, a prins o frică salvatoare de furtuni şi de vârtejurile pe care le provocau. Susan ştia că trebuia să coboare fugind direct la subsol când vântul începea să urle ca o escadrilă de avioane de vânătoare. Ea ştia să se ascundă în colțul de sud-est al casei, acolo unde, de obicei, tornadele loveau în

primul loc, după care capturau maşina de gătit, chiuveta, lampadarul pentru a sparge oasele şi a le proiecta în sus cu toată viteza.

În 1984, Susan şi primul său soţ, Keith, trăiau la Barneveld, un mic orăşel din Wisconsin; Keith era antrenor de atletism la liceu. Barneveld, o comunitate liniştită de producători de lapte, avea şase sute de locuitori şi se situa între colinele verzi de smarald din sudul Wisconsinului. Se spune că Barneveld era protejată de tornade graţie colinelor care o înconjurau, Blue Mounds. Când Susan, Keith şi fiul lor au părăsit Colorado pentru a locui în Barneveld în 1979, ei au cumpărat o vilă de două etaje, plasată în mod sigur aproape de cazarma pompierilor şi la picioarele colinelor Blue Mounds. Când camionul cu care se mutau a plecat înapoi, prima grijă a Susanei a fost să coboare la subsol şi să caute colţul sud-estic al casei, în timp ce Keith şi Ernie (care erau născuţi în Colorado şi nu văzuseră niciodată o tornadă) schimbau între ei zâmbete complice şi înţelegătoare. În cursul anilor ce au urmat, ei aveau des acele zâmbete: cum izbucnea o furtună, Susan îi expedia imediat pe «bărbaţii ei» la subsol, în cazul în care furtuna ar fi produs o tornadă. Ei coborau, dar numai pentru a-i face ei plăcere.

În 7 iunie 1984 era o zi strălucitoare şi umedă şi bătea vântul. Susan, întorcându-se de la serviciu, îl sărută pe Keith, strigă «bună ziua» la Ernie, apoi urcă să se schimbe. Apoi toţi trei s-au dus pe jos la restaurantul din sat pentru cină; era prea cald pentru a găti. La întoarcere, vântul continua să sufle violent şi Susan încercă să-l convingă pe Keith să părăsească în timpul nopţii camera lor de la etaj, în ciuda aerului condiţionat, şi să doarmă jos în camera de oaspeţi, unde urletul permanent al vântului era estompat.

La ora 0 şi 50 de minute, Susan fu trezită de o lovitură puternică de tunet şi licărirea unui fulger. Ploaia cădea în averse. Încercând să găsească repere, Susan auzea un şuierat continuu ca de bas, ca al vântului care suflă sus pe streaşină sau claxonul slab al unei maşini. În acel moment, Ernie în chiloţi se grăbi în camera oaspeţilor; şuieratul îl trezise şi pe el. Poate că era alerta pentru tornadă din oraşul vecin. Susan privea pe fereastră; era întuneric beznă. Nu era nicio lumină în oraş, chiar şi la cazarma pompierilor aproape de casa lor. Şuieratul puternic nu era o alertă pentru tornadă, era tornada însăşi.

«Keith, vino ! Coborâm la subsol !», ţipă Susan începând să fugă. Ernie o urmă. Keith era treaz, dar, nu se grăbea; de-a lungul anilor, adoptase o atitudine condescendentă faţă de ceea ce considera drept tendinţe tornado-alarmiste ale Susanei. Îşi trase pantalonii în momentul în care Susan fugea traversând bucătăria şi deschise uşa în trombă luând-o pe scări spre subsol, unde dormeau animalele. Pisica torcea ca fusul lângă bolul cu mâncare. Câinele era încă jos, în întuneric, lătrând furios. Apoi Susan auzi un trosnet puternic, cel al crăpăturii care făcea casa să se spargă în bucăţi. După, a fost doar întuneric.

Când redeveni conştientă, Susan era într-o beznă completă, udă până la oase şi îngropată sub un metru de dărâmături în colţul de sud-est al subsolului. Ploaia cădea în rafale, părul şi cămaşa de noapte subţire erau ude. Simţi un miros acru (de fioul); fusese cu siguranţă o scurgere în rezervorul subsolului. Nu mai erau scări. Rafturile aranjate şi pline de mormane de sticle orânduite, bagaje vechi şi alte vechituri aruncate la subsol, dispăruseră. Nu mai era plafon deasupra ei. Nu mai era casă deasupra ei.

Ernie, acolo lângă ea. Keith nu era, dar Susan, cu al şaselea simţ în care ea începuse să aibă încredere în timp, simţea instinctiv că soţul ei e sănătos şi în siguranţă. În beznă, câinele, Samantha, gemea într-una.

Furtuna terminată, Ernie ieşi târându-se dintre dărâmături, se căţără cu precauţie afară din groapa care devenise subsolul şi fugi să ceară ajutor. Lăsată singură, Susan luă în braţe corpul ud al Samanthei şi făcu ce făcea ea în general în timp de criză: începu să considere toate lucrurile într-un mod practic. Începu să facă în minte liste cu ceea ce va avea de făcut. În primul rând, trebuia să anuleze cardul de credit în cazul în care cineva l-ar fi găsit şi ar fi încercat să-l folosească. În sfârşit, ea trebuia să ceară tăierea electricităţii şi a telefonului. După, trebuia să refacă permisul de conducere al tuturor. Mintea ei, pe pilot automat, ignora catastrofa emoţională pe care o trăia şi se refugia în lucrurile practice.

În sfârşit, o echipă medicală (Susan îi cunoştea pe toţi) sosi cu torţe; au pus planşete în subsol pentru ca Susan, udă mai mult de fioul decât de ploaie, să poată urca afară din groapă. Iluminatul de urgenţă montat de echipele de securitate arăta un decor ce se remarca prin faptul că nu mai era: maşina familiei dispăruse, la fel zidurile, la fel podelele, acoperişul, mobila, instalaţiile, aparatele electrice şi practic toate lucrurile personale. Casa vecinilor dispăruse şi ea. Şi mai rău, nu era nicio veste de la Keith.

O prietenă o urcă pe Susan în maşină s-o adăpostească de ploaie. Puţin mai târziu, o altă prietenă îi oferi Susanei şi câinelui său un adăpost pentru noapte. Susan acceptă; ştia că Ernie e prea departe, că ajuta salvatorii şi că nu va dormi în acea noapte. Dimineaţa, reapăru, după părerea mamei, în haine şi încălţăminte de împrumut. Au revenit după aceea la Barneveld, unde încercaseră mai puţin să revină: poliţia îi opri în drum.

«Ne pare rău, doamnă, nu putem lăsa pe nimeni să treacă, spuse un poliţist cu faţa obosită. Va trebui să aşteptaţi aici.

—Nici gând ! Locuiesc în acest oraş şi nu avem veşti de la soţul meu. Merg chiar dacă nu vă convine.»

Au urcat-o într-o maşină a poliţiei şi au dus-o la PC provizoriu care se stabilise în centrul oraşului. Pe drum au putut să vadă pagubele provocate de tornadă. Era aproape imposibil să-şi reprezinte cineva amploarea catastrofei. Unsprezece, douăsprezece case din vecinătatea imediată erau rase de pe faţa pământului. Vântul, cu mai mult de 500 km/h, distrusese trei biserici, primăria, cazarma pompierilor, clădirea American Legion*, restaurantul oraşului şi salonul de coafură. La bancă, numai sala seifurilor mai era în picioare; din biserica luterană nu mai rămăsese decât clopotniţa. În douăzeci de secunde, după expresia din *Time*, Barneveld a fost «şters ca la carte »[6].

La sosirea lui Ernie şi a Susanei la PC, au fost conduşi la poliţia locală. Cu figura răvăşită, plină de tristeţe, îi spuse: « Susan, Keith a murit.» S-a întors spre fiul ei. «Ernie, tu l-ai găsit noaptea asta. De ce nu i-ai spus nimic mamei tale ?

—Eu ... eu nu am vrut să cred că era tata», spuse Ernie cu voce tremurătoare.

Susan a căscat ochii: «Ai ştiut ?» Poate că pentru acest motiv Ernie nu venise noaptea să o vadă la prietena ei.

«Da, mamă.»

Înainte de a fi marcată de realitatea veştii, Susan trecu pe pilot automat. Bine. Unde e Keith ? La Dodgeville ? Vino, Ernie, mergem la Dodgeville.» Şi a ieşit rapid din PC.

În timpul celor treizeci şi cinci de kilometri care-i separau de Dodgeville, Susan a înţeles alte detalii despre tornadă de la prietena care îi ducea. Nouă persoane erau

* American Legion este una dintre cele mai importante şi influente organizaţii de veterani. (N.d.T.)

omorâte la Barneveld. Şapte dintre ele erau vecini apropiaţi ai Susanei, printre ei şi Jill, cea mai bună prietenă, soţul acesteia şi fiica lor de opt ani. Bebeluşul lor supravieţuise, dar rămăsese paralizat pentru tot restul vieţii. Cu totul, optzeci şi opt de persoane au fost rănite.

La spital, Susan a trebuit să discute cu responsabilii ca să-l poată vedea pe Keith. Ei i-au spus că nu era necesar (el fusese deja formal identificat) şi că nu e bine pentru ea (corpul soţului său nu mai avea nici un os intact). Dar Susan nu s-a lăsat influenţată.

Împingând uşa de la morgă, ea văzu nouă corpuri întinse, acoperite cu cearşafuri albe de la cap până la picioare. Pe un pat, cearşaful alunecase uşor şi ea zări cotul unui bărbat. Pur şi simplu cotul unui bărbat. Cotul lui Keith. Era cotul lui Keith. Inima se pierdea. Masca ei de femeie energică şi sigură începu să crape. Nu prea târziu îşi dădu seama că celelalte opt corpuri erau ale prietenilor şi vecinilor.

Zilele următoare, Susan fu din ce în ce mai deprimată. Oraşul era din nou deschis locuitorilor, dar ea nu avea deloc dorinţa să se întoarcă să vadă ce mai putea recupera. La începutul lui iulie, revista *People* a făcut un foto-reportaj despre capacitatea de rezistenţă a curajoşilor locuitori din Barneveld, care continuau să se căsătorească, să aibă copii, să plătească salarii şi să reconstruiască la timp silozurile pentru sezonul fânului şi şcolile pentru prima zi de şcoală [7]. Citind acest articol, Susan începu să plângă. Ea nu se simţea «curajoasă», ea acţionase mecanic.

Din nefericire, unul dintre elementele care o împiedicau pe Susan să se restabilească, era chiar capacitatea ei de a se ocupa de ea însăşi. A reuşit să uite distrugerile din căminul său şi se fixa pe misiunile pe care le avea de îndeplinit. A reuşit să gestioneze pierderea lui Keith în acest mod. Dar nu prin a-şi acorda destul timp pentru doliu, în parte pentru că trebuia să se ocupe de fiul său, şi pentru că îşi aduna bucăţile propriei vieţi pentru a supravieţui, ea îşi lăsa deschise rănile. A hotărât să rămână în regiune încă un an întreg, până la sfârşitul studiilor secundare ale lui Ernie. A găsit un apartament (cu subsol) în Mount Horeb, la douăzeci de kilometri de Barneveld, dar mergea rar pe acest drum. Privată de susţinerea prietenilor şi a vecinilor din Barneveld, era mereu singură la cârma bărcii sale. În loc să exploreze fricile şi tristeţile sale cu alţii care ar fi fost capabili să înţeleagă şi să simpatizeze cu ea, ea s-a detaşat complet. După ce făcea tot ce putea ca să rezolve problemele personale, Susan se ocupa exclusiv de viitor.

Vremea nu ţinea cu ea. Erau multe furtuni în iunie, iulie şi august, cu numeroase alerte de tornadă şi o adevărată tornadă lovi la un kilometru distanţă de noua reşedinţă a Susanei şi a lui Ernie. Ei petreceau aproape toate nopţile pe saltelele de paie instalate în caz de urgenţă în colţul de sud-est al pivniţei, încercând să nu dea atenţie amintirilor înfricoşătoare pe care le evocau sub streaşină urletele vânturilor puternice. Fiecare furtună agrava impresia de haos şi de neputinţă. Expunerea repetată nu aducea nicio ameliorare; din contră, insecuritatea efectivă legată de fiecare furtună agrava mai mult problemele lor.

Toţi locuitorii din Barneveld, care pierduseră fiinţe dragi şi se aflau printre puţinele persoane care au avut şansa să scape, erau încurajate să facă o psihoterapie. Susan îşi dădu întâlnire cu un terapeut. Când el o întrebă cum se simte, Susan îi răspunse că era îngrozită de furtuni şi că zgomotul vântului puternic îi dădea bătăi de inimă.

«Cred că vă veți simți bine, spuse terapeutul. Pot să vă tratez – erau tratamente pentru oamenii care au frici iraționale -, dar fricile dumneavoastră nu sunt iraționale.»

Susan zâmbi. Pentru ea, psihoterapeutul îi confirma faptul că ea trata pierderile așa cum trebuie: ocupându-se de prezent, făcea ce trebuie să facă și nu privea niciodată în urmă. Au trecut ani pentru ca Susan să înțeleagă că acel terapeut nu era format în lucrul cu victimele catastrofelor naturale și că «a trata» nu era cel mai bun mod de a gestiona lucrurile.

Ernie își dădu Bac-ul și intră la universitate. Susan a decis atunci să se întoarcă să trăiască în orașul natal, unde locuiau părinții săi și unde Keith și ea petrecuseră primii lor paisprezece ani de viață în comun. Dup ce s-a instalat, viața ei a devenit mai ușoară. A găsit un serviciu ca secretară la un furnizor al armatei și a început să-și reclădească viața. Câțiva ani mai târziu, l-a întâlnit pe Sam Rafferty, născut într-o familie numeroasă de catolici irlandezi.

Vorbind cu George Dunn despre teribilele evenimente pe care le trăise, Susan începu să înțeleagă cum urmările tornadei care i-a distrus viața cu zece ani în urmă continuau fără încetare să facă haos în viața ei actuală. O conjunctură de factori, stresul extrem pe care îl suportase în viața profesională și furtuna de afară, erau suficiente pentru ca să modifice echilibrul și s-o arunce în primul atac de panică. Începând de aici, frica avea mână liberă. În prezent își dădea seama de toate, dar asta nu împiedica producerea crizelor de angoasă, lună de lună.

Într-o zi, ea auzi la știri istoria unei femei victimă a unui viol a cărei panică și alte simptome traumatice fuseseră tratate cu succes prin EMDR. A devenit interesată. Dacă putea să progreseze în înțelegerea problemelor ei sau putea fi puțin alinată de crizele de angoasă permanente, ea putea să progreseze mai repede în terapia actuală. Era în septembrie 1994 și Susan suferea de crize de angoasă de patru ani și jumătate. Ea găsi un clinician EMDR și s-a reorientat (fundația Susanei nu voia să acopere tratamentul) pentru a începe cele cinci sau șase ședințe pe care terapeutul estima că le vor parcurge.

Terapeutul EMDR al Susanei se numea Beverly Schoninger. Instalată în sistemul privat, ea practica psihoterapia de șase ani. Susan a parcurs prima ședință punând-o pe Beverly la curent cu istoria sa. Ajungând la povestea cu tornada, se înroși și începu să respire foarte puternic. Susan era în pragul crizei de angoasă, dar urmă relatarea în detaliu. Pe parcursul narațiunii, menționă că o dată ea și-a exprimat dorința să explodeze casa lor pentru a putea lua banii de asigurare și să înceapă o viață nouă.

Beverly puse un diagnostic de tulburare de panică pentru Susan. În calitate de terapeut EMDR, ea declară că nu vor căuta doar să schimbe părerile Susanei legate de panică și să o învețe tehnici pentru a gestiona emoțiile și senzațiile corporale, ci și să abordeze evenimentul central care a declanșat reacțiile de panică ale clientei sale.

Înainte de terminarea celor 90 de minute de ședință, Beverly a învățat-o pe Susan să creeze un loc în sinea sa, unde să se poată retrage pentru a-și regăsi calmul atunci când se ivesc emoții puternice. Susan își reprezentă patul din copilărie, care era refugiul ei altădată. Acest pat din lemn de pom fructifer făcea parte dintr-un dormitor stil Regina Ana pe care părinții i-l dăruiseră când a împlinit zece ani. Beverly îi spuse Susanei să-și imagineze camera împreună cu sentimentele de securitate pe care le provoca, apoi se servi de mai multe secvențe succesive de mișcări oculare pentru consolidarea emoțiilor pozitive. Rapid, Susan fu capabilă să evoce singură această imagine și să simtă un flux de emoții pozitive ce veneau cu această evocare. Dotată cu

acest instrument, Susan putea să lase orice sentiment de tulburare să apară în cursul unei şedinţe şi putea să se servească de el dacă era în detresă în afara cabinetului lui Beverly.

În ziua următoare, în cursul celei de a doua şedinţe, Beverly îi ceru lui Susan să completeze un chestionar în legătură cu crizele ei de angoasă. La întrebarea «care sunt sentimentele, emoţiile şi senzaţiile pe care le resimţiţi cel mai des?» Susan răspunse: «Angoasa, noduri în gât, ameţeli, vertije, pierderea contactului cu realitatea, dezorientare, durere în piept, în gât şi în umeri, furnicături în mâini şi picioare. Şi sunt foarte obosită.» La întrebarea «Care sunt momentele în care riscaţi cel mai mult să nu vă mai puteţi controla ?» ea răspunse: «Când apare în corpul meu ceva ce eu nu înţeleg, o durere fără explicaţie; în magazinele în care este lume, la birou.»

Chestionarul completat, Beverly îi propuse Susanei să refacă exerciţiul cu locul sigur din sinea ei. Ea voia să se asigure că Susan îşi poate regăsi calmul în caz de panică în EMDR.

În cursul celei de a treia şedinţe, două săptămâni mai târziu, Beverly şi Susan au început prin determinarea momentului când reelaborarea începea să o atingă. Beverly o întrebă la început pe Susan ce lecţie «rea» a învăţat despre ea însăşi în timpul tornadei.

«Eu nu stăpâneam nimic şi nu mai eram cine sunt. Eu nu eram cine credeam.» Susan luă o pernă pe care o aranja grijuliu după cap pentru a o susţine.

Cu mare blândeţe, Beverly întrebă: «Susan, ai sentimente de vinovăţie în legătură cu ceea ce i s-a întâmplat lui Keith?

—Nu. Nu, nu mă simt vinovată.

—De fapt, sunt oameni care s-ar simţi vinovaţi. Ştii, când moare cineva, deseori apropiaţii săi au impresia că a murit din vina lor, chiar dacă nu este adevărat. Chiar dacă ei nu sunt câtuşi de puţin. Încearcă să vezi profund în interior. Lasă emoţiile să răspundă, nu capul. Ai putea să ai impresia că este vina ta ?

—Oh !» Susan făcu ochii mari. A urmat o pauză lungă, apoi spuse: «Da, în interior, am impresia că a fost vina mea, că eu am cauzat moartea lui Keith.» Lacrimi mari îi curgeau pe obraji.

«De acord, zise Beverly. Deci, lecţia negativă cu care ai rămas în urma tornadei, este: „A fost vina mea". Ce ţi-ar plăcea să gândeşti în loc ?»

După o uşoară ezitare, Susan spuse: «Poate ... că am făcut ce am putut ?

—E bine.»

Atunci când Beverly îi ceru Susanei să evalueze această părere pe o scară de la 1 la 7, Susan îi acordă un 3 (Beverly se gândea că era încă scăzută, dar nu spuse nimic). Susan a evaluat la 8 imaginea evenimentului tulburător pe cele zece grade ale scalei SUD. A identificat emoţiile negative cum ar fi tristeţea. Când Beverly o întrebă în ce loc al corpului o simte, ea răspunse că era în piept şi în gât.

A se centra pe emoţiile înscrise în corp este calea cea mai uşoară pentru a intra în reţeaua mnezică. Imaginea mentală şi credinţa negativă ajung pentru a accede la informaţia disfuncţională, şi atenţia purtată de corp poate să permită punerea în fapt a elaborării, evitând afundarea tot mai mult în verbalizare sau reproşuri contra propriei persoane. Este de asemenea important ca clientul să se concentreze pe senzaţiile sale fizice când se lucrează pe tulburarea de panică şi fobii, pentru că propriul corp a devenit o sursă continuă de teamă. Susan a început să se concentreze pe aceste senzaţii destul de uşor graţie exerciţiului locului sigur, dar nu era decât începutul.

Noaptea tornadei a fost primul obiectiv pe care Susan şi Beverly au decis să-l lucreze. Ele au început cu momentul în care Susan s-a trezit şi urma fiecare pas al său.

La începutul mişcărilor oculare, Susan a început să plângă. Retrăia totul, moment cu moment: trezirea bruscă cu tunetul şi fulgerul, geamătul îngrozitor al tornadei, eforturile pentru a-l trezi pe Keith, ce îi spusese lui Ernie, privirile pe fereastră. Când ajunse la momentul în care stătea sus pe scările de la subsol, figura ei se descompuse.

«Ce s-a întâmplat ? întrebă Beverly.

—Tocmai mi-am dat seama că al şaselea simţ m-a înşelat în acea noapte. Gândeam că Keith era bine şi în siguranţă, dar în adâncul sufletului ştiam bine că nu. În străfundul meu, ştiam că murise. Nu am putut să suport, asta-i tot, spuse Susan plângând.

—De acord, să vedem dacă poţi să rămâi în contact cu asta.»

Secvenţă după secvenţă, emoţiile Susanei urcau şi coborau ca la montagne russe: uneori plonja într-o vinovăţie care îi strivea pieptul, alteori urca până la o acceptare epuizată. «Eu nu voiam să moară», gemea ea, sufocându-se în hohote de plâns. Apoi spuse: «Eu i-am provocat moartea.»Durerea din piept revenea. Un pic mai târziu: «Mă simt mai bine. Apoi pleca iar:«De ce nu am murit cu el ?»

Susan era exasperată şi furioasă pe ea însăşi. Credea că avea datoria de a fi capabilă să-l protejeze pe Keith pentru că ea cunoştea bine tornadele; ea crescuse cu ele. Puţin mai târziu, un nou val de vinovăţie îi urca în gât la gândul că tornada a rupt toate oasele lui Keith în timp ce ea a ieşit fără nicio zgârietură.

Vinovăţia de a fi supravieţuit fiinţei iubite este o reacţie curentă, mai ales în astfel de tragedii. O găsim în egală măsură la veterani şi la membrii echipelor de urgenţă care au vrut să dea ajutor unei victime dar nu au reuşit să o salveze. A şti intelectual că nu era nimic de făcut nu e suficient. Emoţiile noastre nu sunt logice, aşa cum vrem noi, şi până la urmă ele sunt cele care ne conduc.

După ultima secvenţă de mişcări oculare din această şedinţă, Susan îi spuse lui Beverly: «Există ceva în mine care îmi spune că am fost rea.» Scutură capul. «Nu înţeleg. Nu ştiu de unde am scos această poveste că sunt rea.» Elaborând culpabilitatea prin mişcări oculare, Susan a atins miezul toxic: ruşinea, nu numai sentimentul de a fi făcut ceva rău, ci şi de a fi ea însăşi rea.

La sfârşitul şedinţei, intensitatea culpabilităţii lui Susan scăzuse considerabil, de la 8 la 5; totuşi, din cauza sentimentului de ruşine, părerea pozitivă pe care dorea să o aibă (ea făcuse tot posibilul) descrescuse de la 3 la 2. În cele mai multe cazuri, în EMDR, părerea pozitivă a persoanei urcă în timp ce sentimentele negative scad. Nu şi de data asta. Pentru prima dată, Susan îşi dădea seama în mod conştient că părerea pe care a avut-o mereu, conform căreia ea făcuse tot ce se putea pentru Keith, exista şi nu fusese niciodată decât o faţadă. EMDR a făcut-o să vadă că în spatele acestei faţade ea se simţise vinovată de moartea lui Keith. În plus, alte puncte care ar putut să-i facă rău urcau în conştiinţă. În consecinţă, justeţea opiniei pozitive pe care o exprimase la începutul şedinţei («Am făcut ce puteam mai bine») avea să cadă.

Avem aici un exemplu al faptului că EMDR nu aduce niciodată pe nimeni în punctul de a crede ce nu este adevărat. Procesul natural de vindecare constă în atingerea nivelului adaptat de responsabilitate pentru ceea ce s-a întâmplat şi a-l elabora. În cazul Susanei, era nevoie de elaborare în plus, dar nu se putea face totul într-o singură

şedinţă. În timp, procesul de elaborare odată lansat, oamenii continuă deseori să se schimbe spontan.

Beverly îi dădu o altă întâlnire Susanei peste două zile. Ea nu-şi dorea ca Susan să rămână prea mult timp la un nivel ridicat al detresei (un 5 la «Este vina mea») şi un nivel slab al stimei de sine. Dar, când Susan sosi la şedinţa următoare, ea era mult mai calmă şi îi povesti că nu mai avusese crize de angoasă de la ultima şedinţă.

«Îţi aminteşti părerea negativă cu care am terminat data trecută ? o întrebă Beverly.

—Da. Era: „Mă gândesc că tornada a fost greşeala mea". Ştii, conştient, eu nu am ştiut că aveam această idee în mine. Eu sunt prea inteligentă ca să cred ceva atât de irațional. Şi totuşi aşa este.

—Verifică emoţiile tale despre acest subiect. Sunt intense ? La cât, de la 0 la 10 ?»

Susan închise ochii o clipă, apoi răspunse: «Sunt la 2. Am reflectat mult şi mă simt mult mai bine, ca şi cum aş fi lucrat fără încetare de la cealaltă întâlnire.»

Susan a rămas imobilă o clipă, apoi a spus cu voce tristă: «Dar trebuia să fiu capabilă să-l fac pe Keith să înţeleagă că situaţia era gravă.» O lungă pauză. «Poate că într-o bună zi m-ar fi ascultat.

—Atunci e tristeţe.»

Ca răspuns, lacrimile se rostogoliră pe obrajii Susanei.

«Vom face câteva mişcări oculare pe această frază: „Trebuia să fiu capabilă să-l fac pe Keith să înţeleagă".»

În timpul mişcărilor oculare, intensitatea tristeţii a urcat de la 8 la 9 apoi la 10. Cogniţia ei pozitivă rămânea la 2. Îi spuse lui Beverly că o încercau tristeţea şi frustrarea («De ce m-a lăsat singură ?» ţipa ea) şi resimţea astea în piept şi în gât.

După multe alte secvenţe, Susan era mult mai calmă.

«El a făcut o alegere, zise ea. Eu nu eram acolo. Fiecare face alegeri.

—Rămâi în contact cu asta şi urmăreşte degetele mele.»

După această secvenţă, Susan spuse: «Ştiu să mă ocup de mine însămi», şi se puse din nou pe plâns. «Dar el avea de ales între a trăi şi a muri şi era gata să se ducă.»

Altă secvenţă.

«Sunt tristă pentru mine însămi.»

Altă secvenţă.

«Acum, am raţionalizat; mă simt abandonată de familia mea. Eu am evacuat repede tot ce mi s-a întâmplat.»

Detresa Susanei căzuse acum la 2 sau 3. Spuse: «Mă simt vinovată că am luat acei bani. Aveam o asigurare pe casă şi eu m-am atins de primă.»

Altă secvenţă.

«Chiar mă gândesc că el a făcut tot posibilul. Era un visător dulce, ştii. Genul care zice: „Cel mai bine este să nu te gândeşti la asta". Eu eram cea cu capul pe umeri.»

După o altă secvenţă, Susan întrebă: «Şi în mine, ce mai rămâne fiabil ?

—Ce vrei să spui ?

—Eu nu sunt aşa cum credeam. Eu nu sunt cineva supercompetent, care ştie să facă totul şi care reglează tot. Înainte, eram aşa. Acum ... cine sunt, cu adevărat ?» Iată o întrebare profundă. Ea trebuia să recunoască, să-şi dea seama în sfârşit, că nimeni nu poate stăpâni totul.

Ultima secvență. După, Susan își evaluă detresa la 0 și spuse că cogniția ei pozitivă («Am făcut tot ce puteam») era în prezent la 7, cu alte cuvinte în întregime justă.

Trei zile mai târziu, Beverly și Susan aveau ședința lor finală, un interviu de control de o jumătate de oră. Susan intră în cabinetul lui Beverly aproape fără să atingă pământul. Declară că este în plină formă, chiar dacă avusese o criză minoră de angoasă, «într-un magazin, bineînțeles», adăugă ea. Acum vedea clar că crizele se produceau în magazine aglomerate din cauza reacției sale de frică la stimulul numeroaselor semnale înconjurătoare pe care ea le asocia cu tornada: rafturile înalte pline de mărfuri (ca cele care se înșirau de-a lungul peretelui în subsolul ei), vacarmul (ca zgomotul haotic al casei smulse de vântul de 500 km/h), tumultul a tot ceea ce venea în același timp din toate părțile. Dar toate acestea nu puteau să o distrugă.

«Tot ce se întâmpla înainte în corpul meu, s-a terminat, îi zise Susan lui Beverly. Chiar la birou, unde acum fac munca a două persoane, pot să las să cadă unele lucruri.»

Un zâmbet larg îi lumina fața. «Eu continuu să nu agreez aceste suprafețe mari, dar am acest drept. Nu am nevoie să fac o criză de angoasă pentru asta.»

NOTE

---

[1] I. P. Pavlov, *Condițional reflex*, New York, Liveright, 1927.

[2] J. Wolpe. *The Practice of Behavior Therapy*, New York, Pergamon Press, 1990.

[3] D. Wilson, S. M. Silver. W. Covi, S. Foster, «Eye movement desensitization and reprocessing: Effectivenes and autonomic correlates», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1996, p. 219-229.

[4] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Washington D. C., American Psychiatric Association, 1994.

Fobiile sociale constituie de la 10 la 20% din tulburările anxioase. Totuși, pentru a pune diagnosticul de fobie socială, ca și pe cel de frica de a vorbi în public, trebuia ca frica să perturbe viața curentă a persoanei. La mulți oameni, viața nu e suficient perturbată cât să putem califica dificultatea pe care o resimt drept fobie. De exemplu, am găsit într-un studiu că deși 20% dintre participanți evocau o frică excesivă de a se prezenta sau a lua cuvântul în public, numai 2% erau destul de handicapați în viața de zi cu zi pentru a-i diagnostica fobici. Și totuși, cum am văzut, absența diagnosticului nu diminuează cu nimic puterea simptomelor.

[5] A. Goldstein, U. Feske, «Eye movement desensitization and reprocessing: an emerging treatment for anxiety disorder», *Anxiety Disorder Association of America Reporter*, 4, 1993, I, p. 12.

A. Goldstein, U. Feske, «Eye movement desensitization and reprocessing: for panic disorder: A case series», *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 1994, p. 351-362.

R. A. Kleinknecht, «Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 3, 1993, p. 25-31.

H. Lipke, «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A quantitave study of clinician impressions effects and trening requirements», *în* F. Shapiro, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures,* New York, Guilford Press, 1995.Alte studii au fost făcute de către cercetători care nu au terminat (sau nu au început) formarea lor în EMDR. Pentru o discuţie completă despre acest subiect, vezi F. Shapiro, «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): research and clinical significance», *în* W. Matthews şi J. H. Edgette (dir.), *The Evolution of Brief Therapy,* New York, Brunner/Mazel, 1966, şi F. Shapiro, «EMDR: Reflections from the Eye of a Paradigm Shift», alocuţiune ţinută la cea de-a 104-a întâlnire anuală a Asociaţiei Americane de Psihologie, Toronto, Canada, august, 1996.

[6] «Wiped Right Off the Map», *Time*, 18 iunie, 1984, nr. 25, p. 30.

[7] C. Tamarkin, «Tornado», *People Weekly,* 9 iulie 1984, p. 24-31.

6

Teroarea care bântuie în noapte: tulburări de somn şi traumatisme ale copilăriei

«Nu putem domoli întunericul,
dar putem aprinde lumina. »
Un vechi dicton

Prima mea teorie, legând EMDR de somnul REM, mi s-a părut şi mai plauzibilă când am înţeles că întreruperile somnului REM sunt considerate ca nişte marcaje ale sindromului de stres post-traumatic [1]. Victimele se trezesc în mijlocul unui coşmar, deseori sunt transpirate, sau urlă retrăind întâmplări traumatice. Nu ştim încă dacă cel ce visează s-a trezit din coşmar din cauza propriilor reacţii psihologice (accelerarea ritmului cardiac) sau de supraîncărcarea mecanismului somnului care ar trebui în mod normal să-i permită să-şi controleze experienţele tulburătoare. Oricine ar fi, cel ce visează e blocat. Poate că a face mişcările oculare rapide în stare conştientă le permite oamenilor să progreseze mai departe în vindecarea care nu se produce în timpul somnului.

Multe decenii s-au făcut cercetări despre fenomenele fiziologice ale somnului [2]. Unul dintre instrumentele de măsură utilizate este electroencefalograful (EEG), un aparat care înregistrează activitatea electrică a creierului. EEG a arătat că există mai multe faze diferite ale somnului. Fazele de la 1 la 4 se numesc non-REM. Faza REM, care alternează cu somnul non-REM, este caracterizată de o mişcare rapidă de du-te-vino a ochilor. Eugen Aserinsky şi Nathanial Kleitman [3], cei ce au identificat primii acest fenomen în 1953, au făcut cercetări novatoare în acest domeniu. Ei au descoperit că, atunci când trezeau oamenii în timpul somnului REM, 80% povesteau într-un mod foarte viu un vis. Nu apărea acelaşi tip de descrieri vii în fazele non-REM ale somnului. De fapt, dacă trezim subiecţii în timpul altor faze ale somnului, ei nu povestesc în general amintiri din vis. O minoritate a povestit câteva întâmplări, dar fără imagerie colorată şi fără istorie. Alte cercetări au sugerat că fazele non-REM conţin poate avantaje ale activităţii onirice de necrezut, dar aceste faze non-REM nu duc la

povestiri bogate, personale, pe care le asociem în mod obişnuit cu activitatea visului. În orice stare, ceea ce se petrece în cursul fazelor de la 1 la 4 nu e vis în sensul obişnuit.

Înregistrările EEG arată că traseele undelor cerebrale în cursul somnului REM sunt foarte aproape de cele ale stării de veghe. Somnul REM este totuşi numit *somn paradoxal*, pentru că, deşi creierul pare activ şi alert, muşchii celui ce visează sunt neputincioşi şi relaxaţi. Aceste două descoperiri păreau interesante în lumina observaţiilor făcute în cursul tratamentelor EMDR. Este evident că este treaz clientul şi conştient în timpul şedinţelor de EMDR, dar poate că eficacitatea procesului implică o conexiune cu sistemele fiziologice parasimpatice care provoacă relaxarea muşchilor. Unele studii au arătat că mişcările oculare sacadate provocate de mezencefal şi relaxarea muşchilor cauzată de formaţiunea reticulară se produc simultan în somnul paradoxal. Poate că apariţia în paralel a celor două are un efect decondiţionant [4]. E posibil ca acelaşi cuplu de mecanisme să fie stimulat de mişcările oculare ritmice care se induc artificial în EMDR şi poate că aceasta este cauza «reacţiei de relaxare forţată» pe care au identificat-o David Wilson şi alţi cercetători utilizând un echipament de biofeed-back [5].

În lumina lucrului în EMDR, este interesant de văzut că cercetarea a stabilit un raport între somnul paradoxal şi o serie întreagă de probleme de ordin psihologic [6]. Somnul REM şi cele patru faze non-REM se succedă în cicluri de 90 de minute în cursul nopţii, dar durata proporţională alocată somnului paradoxal pare să crească pe parcursul nopţii. Când cineva este privat de somnul paradoxal, se provoacă o serie de reacţii constând în iritabilitate, o anxietate crescută, dezorientare. Faza visului pare atât de indispensabilă încât, dacă visul este întrerupt, conform studiilor consacrate privării de somn, cel ce doarme prezintă un «efect de ricoşeu (rebond) » sau o creştere a timpului pentru vis în nopţile următoare. Este posibil ca victimele traumatismelor care se trezesc în mijlocul unui ciclu de somn REM să fie prinse într-un cerc vicios, privarea de somn ea însăşi făcându-i încă şi mai anxioşi.

S-a dezbătut rolul visului multe decenii. Pentru Freud, visele sunt dorinţe inconştiente care se ivesc în timpul somnului, în cazul în care ele nu pot fi refulate [7]. El gândea că psihicul atenuează violenţa erotică a acelor dorinţe travestindu-le în simboluri, în aşa fel încât să nu mai fie tulburătoare. La cealaltă extremitate a spectrului, îi găsim pe cei pentru care visul este pur şi simplu o activitate eratică (neregulată) a creierului [8]. La început, cercetătorii avansau ideea că imaginile fără legături care se ivesc în vise erau cauzate de activarea la întâmplare a diverselor părţi ale cortexului şi creierul celui ce visează se forţează pur şi simplu să sintetizeze aceste fenomene eratice şi să găsească aici un sens. Dar s-a revizuit această teorie [9] pentru că ea nu făcea faţă pur şi simplu bunului simţ: ea nu explica visele repetitive şi faptul că numeroase vise includeau conţinutul uşor de explicat al întâmplărilor diurne.

Jonathan Winson, un teoretician al somnului, are cele mai compatibile lucrări cu modelul de tratament accelerat al informaţiilor cu EMDR [10]. Pentru el, mamiferele prelucrează informaţiile vitale în cursul fazei de somn REM. O mare parte dintre cercetările lui Winson se bazează pe studiile pe animale care arată declanşarea unei activităţi cerebrale specifice (un ritm theta în hipocamp) când animalul traversează experienţe legate de bunăstarea sau supravieţuirea lui (căutarea hranei, pericole eventuale împrejur) în timpul somnului REM. Winson avansează ideea că în cursul

somnului paradoxal experienţele diurne ale animalului sunt sintetizate şi înmagazinate în memorie pentru a-l ajuta să supravieţuiască.

Chiar dacă această teorie este imposibil de testat (procedurile sunt prea invazive şi acest tip particular de unde theta studiate de Winson nu a fost caracterizat la alte fiinţe umane), este interesant de imaginat că mişcările oculare ritmice utilizate în EMDR stimulează un proces conectat la undele theta ritmice identificate la alte mamifere [11]. Chiar dacă această eventuală conexiune este foarte ipotetică, nu se poate pune la îndoială că o elaborare emoţională şi cognitivă au loc în EMDR. Persoana integrează informaţia provenită de la evenimentul traumatizant («Sunt în pericol»), elaborând-o apoi şi stocând-o cu o emoţie mult mai adaptată («S-a terminat. Acum sunt în securitate»).

Singura idee după care un proces similar al prelucrării informaţiei se produce în cursul somnului paradoxal este coroborată printr-un anumit număr de studii efectuate atât pe animale cât şi pe oameni. Aceste studii au arătat că privarea de somn paradoxal, după învăţarea unei competenţe, are drept consecinţă pierderea competenţei sau un retard în învăţare [12]. În consecinţă, pare rezonabil să ne gândim că visul indică în general o bună integrare a materialului, în timp ce coşmarurile reprezintă o elaborare insuficientă a evenimentelor. Este evident că traumatismul afectează negativ somnul; poate că el deteriorează hipocampul, structura cerebrală ce se identifică cel mai des cu sediul memoriei [13]. Reciproc, e interesant de presupus că mişcările oculare în EMDR redeschid o fereastră de activitate cerebrală analoagă cu mişcările oculare rapide, o fereastră esenţială pentru ca integrarea şi învăţarea să poată avea loc.

Studiile au arătat în mod egal o relaţie între cantitatea de mişcări oculare rapide şi intensitatea emoţiilor negative în vis[14]. Cu cât persoana este mai furioasă, mai tulburată, cu atât există REM. Aceasta pare să sugereze că somnul REM permite o elaborare emoţională, ce-şi găseşte cu siguranţă echivalentul în EMDR. Clienţii încep cu sentimente de ruşine sau culpabilitate, şi progresează până la a resimţi emoţii de furie, de acceptare sau de iertare. Este evident, o creştere, faptul că EMDR tratează informaţiile de ordin experienţial, aşa cum este cazul în somnul REM. Este motivul pentru care imaginile visului par să atingă excelente obiective ale travaliului în EMDR. De exemplu, o femeie se plângea de un coşmar în care ea era fugărită de un monstru într-o grotă. Noi am ţintit această imagine şi după două secvenţe, stratul simbolic a sărit şi ea spuse: «Oh, este tatăl meu vitreg care mă alerga prin casă când eram mică.» Când ţintim o imagine de coşmar recurent în EMDR, persoana descoperă în general evenimentul real subiacent şi îl elaborează iar visul nu se mai reproduce.

Există o altă paralelă între EMDR şi fazele REM: o mare cantitate de deprinderi se poate forma într-un timp foarte scurt. Fazele REM nu durează decât de la douăzeci de minute până la o oră, dar cel ce visează poate să aibă impresia că a trăit experienţele unei întregi zile. În acelaşi mod, elaborarea se face rapid cu EMDR, şi numeroase evenimente se pot derula pe parcursul fiecărei secvenţe. Când un client ţinteşte un uragan sau un accident de maşină, el sare în general de la un eveniment frapant pe care l-a trăit la altul, fără să fi revăzut totalitatea evenimentului. Exact ca în vis, experienţa este rapidă şi este particulară pentru fiecare individ.

Dacă toată această speculaţie este interesantă, ea nu constituie o dovadă. Cu progresele neurologiei, se va observa poate că ceea ce se întâmplă în fazele REM este pur şi simplu o bună analogie cu ceea ce se întâmplă în EMDR. În măsura în care

EMDR este mai mult decât mişcări oculare, este mai puţin previzibil ca nicio teorie să nu fie suficientă pentru a explica toate efectele tratamentului. Totuşi, un lucru este sigur că EMDR poate fi foarte eficientă în tulburările somnului pe care le au victimele traumatismelor de toate vârstele.

Dacă funcţia exactă a somnului REM rămâne subiect de dezbatere, ştim că bebeluşii petrec aproape jumătate din timpul somnului (aproximativ opt ore pe zi) în această fază. Cum adulţii nu petrec numai două ore pe noapte în somn paradoxal, mulţi cercetători presupun că această creştere a somnului paradoxal serveşte bebeluşilor la stimularea creşterii neurologice, pentru a putea să se dezvolte normal [15]. Nu înainte de vârsta de doi ani, hipocampul este, se crede, destul de matur pentru a înmagazina amintiri distincte, când apare schema adultă a somnului paradoxal. Cum hipocampul nu este în întregime funcţional la bebeluşi, anumiţi cercetători au ajuns cu privire la copii la concluzia că ei nu reţin mare lucru din experienţele lor anterioare, alţii au emis ipoteza că evenimentele precoce ale individului nu au influenţă în dezvoltarea lui viitoare.

Totuşi, aceste interpretări nu coincid cu descoperirile clinice asupra traumatismelor şi carenţelor suportate în copilăria mică [16]. Nu numai stresurile severe pot inhiba dezvoltarea creierului ci şi evenimentele traumatice din mica copilărie pot anclanşa schemele disfuncţionale care riscă să se piardă până la vârsta adultă. Uneori, acele evenimente sunt legate de faptul că copilul învaţă că nimeni nu va veni să-i liniştească spaimele. Puţine lucruri sunt la fel de tulburătoare pentru cea mai mare parte dintre oameni ca lacrimile de disperare ale unui copil noaptea, dar se întâmplă totuşi ca părintele să nu vrea sau să nu poată ajuta copilul să-şi calmeze suferinţa. Groaza trăită de copil în această situaţie poate să aibă efecte grave asupra psihismului său. Neurologii care au studiat straturile memoriei emoţionale, ca Joseph LeDoux, explică de ce, în ciuda faptului că anumite evenimente nu sunt înmagazinate în memoria vizuală sau verbală, ele sunt totuşi înscrise la un nivel senzorial sau emoţional [17]. Nu ne amintim vizual sau nu ne putem exprima verbal în legătură cu trăiri precoce ale carenţelor şi detreselor, dar putem resimţi efectele profunde şi chiar în mod devastator.

În capitolul prezent şi în cele următoare, explorăm reacţiile copiilor în legătură cu experienţele tulburătoare şi diversele moduri în care îi putem ajuta cu EMDR. Primul caz este cel al unui copil care a petrecut noaptea cu o groază pe care nu poate nici să o descrie nici să o definească. Cum vom vedea cu claritate în acest caz, când un copil nu reuşeşte să verbalizeze experienţele sale nu înseamnă că el nu a fost afectat (de ele). Dacă părinţii pot ignora sau da la o parte numeroase frici diurne, plânsetele particulare ale bebeluşilor noaptea, când ei vor să se ocupe de ei şi să-i consoleze, îi fac să se gândească la faptul că există o puternică pulsiune automată la toate speciile [18]. Părinţii, şi ei, au nevoie de refugiu în somn, poate că întreruperea propriului repaus are un rol salvator pentru bebeluş (şi specie) obligându-i să găsească o soluţie pentru dificultatea copilului.

Claire Tibbett, stând în sala de aşteptare a spitalului, bătea din picior pe linoleumul uzat. Se străduia să rămână calmă şi să-şi păstreze încrederea. Jack, soţul său, era lângă ea. La capătul culoarului, era operat de o fisură palatină fiul lor Davy, în vârstă de paisprezece luni. Era a doua intervenţie grea suportată de copilul atât de tânăr încă. Claire închise grijulie cartea de buzunar pe care o aduse cu ea şi o puse în geantă.

Nu-i era capul la intriga din carte: ea se gândea fără încetare la ceea ce se petrecea, la operaţie şi la Davy.

Zece luni mai devreme, ea şi Jack erau în aceeaşi sală. Ei aşteptau ca fiul lor adoptiv să-şi revină din prima sa intervenţie de chirurgie plastică: era operat de buză de iepure. L-au adus pe micuţul Davy, care avea atunci patru luni, cu atele la ambele braţe, pentru a evita ca el să se atingă în punctele de sutură; purta o piesă metalică în formă de U pentru a-i proteja gura şi avea cheaguri de sânge pe buze. Lui Claire această amintire îi umplea ochii de lacrimi. Au fost întrebaţi de câteva ori de ce au luat alt copil cu dificultăţi (şi un copil care avea un handicap din naştere, de creştere), atunci când terminaseră de crescut cei trei copii ai lor. Răspunsul era simplu, dar dificil de exprimat. Davy venise pe lume cu multe handicapuri, dar era un copil plin de dragoste. Chiar la patru luni, se cuibărea şi-şi ascundea capul până-n gât când Claire îi murumura vorbe dulci. Lui Claire îi plăcea mult felul în care spunea Jack: « Davy ne dă mult, mai mult decât îi cerem.» Câtă fericire adusese el în viaţa lui Claire, şi câtă surpriză !

«Domnul şi doamna Tibbett ?» Vocea neliniştită a unei infirmiere a întrerupt cursul amintirilor lui Claire.

«Da ?» Claire sări în picioare, trântind geanta. Jack se ridică încetişor şi îşi duse braţul în jurul taliei soţiei sale.

«Veniţi cu mine în sala de reanimare. Avem nevoie de ajutorul vostru.» Anestezia lui Davy încetase să-şi mai facă efectul, el se trezise şi plângea, foarte înspăimântat şi tremurând tot. Îşi smulse cu o lovitură de picior intravenoasa din gambă. Infirmierele nu reuşeau să-l calmeze. Claire se apropie de fiul său, îl ridică şi îl luă binişor în braţe mângâindu-i spatele. Davy îşi încolăci braţele după gâtul mamei sale şi se agăţă cu disperare. Refuza să se dea jos din braţe. Când Claire nu a reuşit să-l ducă, l-a preluat Jack. Lui Davy i s-a dat o doză puternică de sedativ pentru a dormi, dar, când începu să aţipească şi ei încercară să-l culce, se trezi urlând. Chiar cu Jack şi Claire în preajma lui, infirmierele nu reuşeau să-l pună pe Davy în patul rulant pentru a-l duce în camera sa. În sfârşit, Claire îl duse ea însăşi, Davy înlănţuit de ea cu toate forţele.

Davy nu putea să le spună tatălui şi mamei sale ce se întâmplase, dar în mod evident, ceva nu era în regulă. Copilul era pur şi simplu terorizat. Jack şi Claire au rămas la spital cu Davy în braţe în următoarele 72 de ore, în timp ce micuţul băiat metaboliza efectele operaţiei. «Cel puţin, se odihneşte, se gândea Claire. Şi când o să ne întoarcem acasă, lucrurile vor merge mai bine.»

Prima noapte acasă, Davy a trebuit îmbrăţişat până când a adormit. După o jumătate de oră, s-a trezit urlând. Claire şi Jack au venit să-l vadă, l-au luat în braţe, l-au calmat, dar Davy continua să urle. Nu părea că îi aude, nici că-i recunoaşte, nu avea cuvinte pentru a spune ce se întâmpla cu el, numai ţipetele lui sălbatice, de groază. În sfârşit, aproape după o oră, Davy se calmă şi ei au putut să-l adoarmă şi să-l liniştească. Claire şi Jack nu ştiau încă, dar era începutul instalării unei rutine sfâşietoare care va deveni familiară şi va dura luni de zile.

David suferea de pavor nocturn. Pavorul nocturn este similar cu somnambulismul, în sensul că cel suferind are aerul că este treaz, dar nu este. David stătea în pat cu ochii deschişi, urlând. Claire şi Jack erau convinşi că era treaz şi, bulversaţi, ei nu înţelegeau de ce copilul nu se calma când ei încercau să-l liniştească. Ei nu înţelegeau, cum au spus anumiţi scriitori care au avut ei înşişi pavor nocturn când erau copii [19], că tentativele părinţilor de a-l stăpâni pe copil şi a-l reconforta puteau fi înfricoşătoare

pentru că îi introduceau în lumea terifiantă a visului copilului. Printr-un paradox straniu, al unui proces de evoluție care nu funcționa, în loc să vadă suferința sa disipată prin vis sau să-şi regăsească consolarea în contactul cu părinții, Davy era din nou traumatizat fără încetare.

Pavorul nocturn este mai intens şi de durată mai mare decât coşmarurile. Spre deosebire de vise, nu se produce în timpul somnului paradoxal şi copilul îl uită dimineața când se trezeşte. Se sugerează că, în această tulburare, conținutul cognitiv care ar trebui tratat în cursul somnului paradoxal iese afară în mod anormal în altă fază [20]. De fapt, efectele obținute cu EMDR au oferit cercetătorilor o altă explicație a emoțiilor îngrozitoare trăite de victimă [21]. Poate că groaza este şi ea intensă pentru că posibilele proprietăți de decondiționare ale mişcărilor oculare rapide din timpul somnului paradoxal (legate de atonia musculară) nu sunt disponibile, în timpul pavorului nocturn, pentru elaborarea informațiilor.

Experții care scriu în presă despre pavorul nocturn nu sunt de acord asupra cauzelor sale [22], dar, cum nu se cunoaşte tratamentul, părinții sunt sfătuiți în general să aştepte ca acesta «să treacă», de obicei când copilul are între cinci şi doisprezece ani. Spre deosebire de majoritatea copiilor, la cei la care pavorul nocturn durează de la zece minute până la o jumătate de oră, al lui Davy dura aproape o oră. Uneori, atunci când Jack şi Claire încercau să-l atingă pe Davy şi să-l liniştească, el îi insulta, micuțele lui brațe şi picioare se zbăteau contra lor, nu-şi vedea părinții ci monştrii din mintea lui. Nu erau crizele ocazionale pe care revistele le numeau normale la toți copiii şi Claire simțea că situația necesita măsuri imediate. Ea îl duse pe Davy la un pediatru ca să afle dacă urletele nocturne ale fiului său proveneau dintr-o durere psihică. Dar medicul nu a găsit nicio cauză psihică a acceselor lui David.

Săptămânile treceau, Claire remarca alte lucruri neliniştitoare. Pe lângă frica de a adormi (trebuia să îl alinte şi în timpul siestei), Davy avea teama de a rămâne singur. Înainte de a doua operație, Claire putea să-l lase în țarcul său în salon şi să meargă la bucătărie să facă menajul sau să prepare ceva. Davy rămânea liniştit auzind zgomotele pe care le făcea Claire. Acum, când Claire făcea un pas în afara câmpului său vizual, începea să țipe şi izbucnea în lacrimi. În plus, dacă Davy se trezea, în timpul somnului după masă sau noaptea, el voia atât de mult să-şi găsească părinții încât trecea pur şi simplu peste țarcul patului de copil şi cădea pe jos. Era singurul său mod de a se da jos din pat. În sfârşit, Jack i-a construit un pat la înălțimea podelei pentru a se putea ridica fără să-şi facă vreun rău.

Davy a dezvoltat şi o frică de întuneric şi de străini, de care nu arătase nici un semn înainte de operația de fisură palatină. Şi mai neliniştitor, el începu să se lovească cu capul de pereți. În fine, Davy părea diferit într-un mod greu de precizat, dar, la trei săptămâni după operație, Claire s-a surprins spunând unuia dintre chirurgi: «E aproape alt copil. Ce să fac? Nu e nimic dar totul s-a schimbat. Nu mai e acelaşi. Îi este frică de întuneric. Brusc îi este frică să meargă la culcare.» Chirurgul îi răspunse că pur şi simplu copilul era un micuț ce se trezise puțin în timpul operației, dar că toate acestea vor trece odată cu creşterea sa.

Era prima dintre nenumăratele păreri inutile pe care Claire avea să le adune pe parcursul lunilor următoare de la medicii cu care vorbea despre Davy. Ea avea să audă: «E imaginația dumneavoastră.», «Îl cocoloşiți prea mult», «Toate acestea (simptomele lui David) nu sunt reale», «Exagerați» şi chiar «Agravați situația revenind mereu la

aceste chestiuni.» Aceste păreri o lăsau dezorientată, îngrădită şi neliniştită pentru micuţul său băiat.

Anul următor, pavorul nocturn al lui Davy reveni mai puţin frecvent, de două sau de trei ori pe săptămână în toate nopţile, dar unele simptome rămâneau prezente iar altele reveneau. Într-o zi când Claire l-a dus într-un centru comercial pentru a-i face fotografii, el s-a pus pe urlat îndată ce reflectorul fotografului s-a aprins. Ea descoperi şi că el era îngrozit când se simţea strâns în hainele sale. La aproximativ un an după debutul pavorului lui Davy, familia Tibbett s-a mutat din Georgia în Colorado. Au sosit în ianuarie, şi Davy nu mai văzuse niciodată zăpadă; ca toţi copiii, era nebun de bucurie, dar, în momentul în care Claire a vrut să-i pună pentru prima dată costumul de schi, se puse pe urlat. În plus, mutarea în Colorado şi această regiune nouă au reaprins pavorul nocturn al lui Davy. El se producea acum o dată sau de două ori pe noapte.

Gândindu-se la aceste lucruri, Claire a văzut foarte bine cum toate simptomele desemnau în mod direct ceea ce se petrecuse în timpul operaţiei de fisură palatină pe care o suportase Davy, dar în acea vreme copacii ascundeau pădurea în ochii întregii lumi. Fără răgaz, Claire îl întrebă pe Davy ce nu merge, dar el nu voia, sau nu putea să spună (de fapt, în tot acest timp după operaţie, Davy rămase fără grai, lucru ce nu este rar la copiii mici care au suportat o operaţie). Claire şi medicii pe care-i consulta nu reuşeau să-şi imagineze ceea ce se petrecea. Davy, care în prezent avea doi ani şi jumătate, avea multe simptome diferite care trebuiau explicate.

De exemplu, se lovea peste cap şi privea fix în vid, ceea ce a făcut un medic să noteze pe fişa sa că are tendinţe autiste. Un psiholog l-a testat pe Davy şi l-a găsit retardat mintal, un an de retard în raport cu copiii de aceeaşi vârstă pentru achiziţia limbajului şi alte deprinderi. Altul a arătat că Davy este hiperactiv, că el priveşte prea puţin în ochi pe interlocutorul său, şi avea un deficit extrem de atenţie. El întrebă dacă mama biologică a lui Davy a băut sau a luat droguri în cursul sarcinii. Claire răspunse că da, fiica ei a băut în timpul sarcinii, dar nu ştia în ce perioadă. Raportând aceste fapte la existenţa handicapurilor din naştere ale lui Davy (fisura palatină şi buza de iepure), un neurolog al spitalului de copii din Denver a pus diagnosticul de suferinţă alcoolică foetală, versiune atenuată a sindromului alcoolic foetal. Acest diagnostic, precis, explica multe dintre dificultăţile de comportament şi de dezvoltare ale lui Davy, dar nu pavorul nocturn, spaimele extreme şi faptul că se lovea cu capul de pereţi.

Claire nu uitase totuşi ceea ce chirurgul, în Georgia, îi spusese, şi se făcu luntre şi punte pentru a procura fotocopii ale rapoartelor de la operaţie din spitalul unde Davy fusese tratat. Când în sfârşit le procură, o infirmieră de la spital pensionară i le explică. Infirmiera a parcurs transcrierea operaţiei şi a urmărit cu atenţie diferitele înregistrări ale aparatelor de control la care Davy a fost conectat.

«Este ceva aici.

- Ce ? întrebă Claire precipitat.

- S-a trezit.

- Ce ?

- A devenit conştient în timpul operaţiei. Nu se întâmplă rar la copii, mai ales la puştii hiperactivi. Copiii nu metabolizează anestezicul ca şi adulţii, şi se încearcă să nu se dea doze mărite unui copil de această vârstă pentru că pot să apară complicaţii.» Infirmiera a mai parcurs încă o porţiune din grafic şi o arătă cu degetul. «Da, şi aici l-au anesteziat din nou.»

Pentru Claire, era explicaţia durerii şi confuziei din ultimele şase luni. Bineînţeles, Davy se temea de străini şi de lumini strălucitoare. Bineînţeles, îi era frică să se trezească strâns în haine strâmte, să meargă în locuri necunoscute şi să fie pus în pat. Acum când ştia ce i se întâmplase Claire era sigură că putea să-l ajute pe Davy să-şi depăşească temerile.

În acea perioadă, familia se instalase în noua casă din Colorado. Pavorul nocturn al lui Davy era mereu o mare problemă, dar Claire avea impresia că începe să controleze situaţia. Se înşela. Jack trebuia să facă o formare pe o perioadă de două luni în Alabama, şi, încă de când a părăsit casa, lucrurile au luat o întorsătură proastă. Jack plecat, pavorul nocturn al lui Davy reîncepu şi mai frumos. Avea câte două sau trei pe noapte. Tremura, se bâlbâia şi se zbătea în pat urlând cât îl ţineau plămânii: «Nu ! Opreşte-te ! Du-te !» Vecinii au reclamat-o pe Claire la poliţie pentru maltratare.

Câteva nopţi mai târziu, Claire şi-a pierdut controlul. Ea intenţiona să-l ţină pe Davy în timpul unei crize de pavor nocturn ca să nu se rănească (nu era cu adevărat dificil căci Davy era sub greutatea normală pentru vârsta sa) când copilul, într-una din mişcările sale sălbatice şi dezordonate, îi dădu un pumn în plină figură. Avea un ochi umflat şi inima plină de disperare. Nimic din ceea ce făcea nu îl ajuta pe băieţel.

Claire nu avea numai vânătăi în inimă şi pe corp, ea era şi epuizată. Fiecare pavor nocturn dura aproape patruzeci şi cinci de minute şi îi mai trebuiau încă treizeci până la patruzeci şi cinci de minute pentru a-l adormi pe Davy după acesta. Cu două sau trei episoade asemănătoare în fiecare noapte, şi fără Jack care s-o înlocuiască, Claire nu mai putea. Când lucrurile au ajuns în punctul în care ea nu mai închisese un ochi mai multe nopţi la rând, ea a sfârşit prin a striga după ajutor. «Eram zidită într-o celulă capitonată, îşi amintea ea. Am fugit la medic şi i-am povestit tot.»

Medicul se adresă unui psihiatru care, având informaţiile furnizate de Claire despre ceea ce se întâmplase în timpul operaţiei lui Davy, recunoscu nenumăratele dificultăţi ale lui Davy drept un sindrom de stres post traumatic, provocat de trezirea în plină operaţie.

Unul dintre cele mai triste aspecte ale cazului lui Davy era că el suferea de mult timp (opt luni), cu mult înainte de a se putea diagnostica ce cauze au toate simptomele. Este trist, dar nu e surprinzător. Însăşi întinderea spaimelor lui Davy, completată de comportamentele datorate suferinţei alcoolice foetale, le dezorientau pe persoanele care voiau să-l ajute. Care era raportul între frica de întuneric şi frica de lumini strălucitoare ? Şi ce aveau între ele costumul de schi, odihna după masă şi străinii, toate lucrurile care îngrozeau totuşi copilul ?

Întinderea fricilor lui David este un alt exemplu al generalizării stimulilor: se dezvoltă o frică extremă nu numai în legătură cu stimulii diferiţi ce se găsesc în situaţia traumatică. În cazul lui Davy, generalizarea stimulilor îi dezvolta fricile, nu numai legate de operaţie (situaţia nu mai era prezentă, dar o nouă operaţie nu putea să-l împiedice să fie terorizat), dar şi marile lămpi strălucitoare şi absenţa tatălui sau a mamei, şi faptul de a fi înfăşurat strâns într-o pânză (ca cearşafurile care-l ţineau legat de patul rulant în spital) şi aşa mai departe.

Se văd efectele generalizării stimulilor în multe cazuri de sindrom de stres post traumatic. Astfel se explică de ce o femeie victimă a unui viol are o tresărire de teamă atunci când soţul său apare în spatele ei fără să o prevină în timp ce ea spală vasele. În ochii unui observator exterior, această reacţie poate fi disproporţionată, dar, în contextul

generalizării stimulilor encodaţi în sistemul nervos al acestei femei, actele sale sunt perfect raţionale.

Din fericire, în procesul de generalizare a stimulilor este un traumatism central la începutul căruia se întinde constelaţia de simptome a clientului, ceea ce face tratamentul relativ simplu. Tratând evenimentul central cu toate semnalele senzoriale facem să dispară o serie întreagă de simptome diferite. Dacă unele subzistă, este uşor de ţintit declanşatorii rămaşi în secvenţele următoare. Vedem fără încetare aspecte ale acestui caz utilizând EMDR cu victime ale traumatismelor: nu este pentru că simptomele păreau invazive ci pentru că este un caz complicat de tratat.

Totuşi, punând un diagnostic al dificultăţilor lui Davy nu le şi rezolvăm. Aşa cum Susan avea reacţii psihologice automate la declanşatori asociaţi cu tornada, Davy reacţiona la declanşatorii asociaţi cu operaţia sa. Dar Davy nu putea să judece cu el însuşi; el nu putea să vorbească despre problema sa. El nu putea să exprime panica şi teroarea decât urlând, plângând şi agăţându-se. Era un exemplu clasic de copil traumatizat, cu dificultăţile sale de somn şi fricile sale de separare. Chiar şi modul său de a-şi izbi capul se explică prin boala sa. Cercetările au arătat că acest tip de comportament autodistructiv putea fi raportat la frică şi izolare [23]. Terapia este uneori utilă, dar Davy era prea mic pentru o terapie prin joc, şi în particular pentru că el era, în planul dezvoltării şi în plan verbal, mult prea tânăr pentru cele treizeci şi trei de luni ale vârstei sale reale. Psihiatrul încercă să-i prescrie sedative pentru noapte, dar ele nu făceau decât să întârzie ora pavorului nocturn, fără să reducă frecvenţa lui. Psihiatrul vedea foarte bine că trebuie să acţioneze rapid pentru a ajuta familia. Mama era epuizată şi nu putea să mai continue astfel, fără să doarmă. În ultimă instanţă, el îl trimise pe Davy la un psiholog pentru copii pe care îl întâlnise, şi care era format în EMDR. Poate că, dar poate că numai asta, va merge cu David ?

În momentul în care psihologul, Robert (Bob) Tinker, îi întâlni pe David şi pe Claire Tibbett în august 1993, copilul colecţionase o serie întreagă de diagnostice grele: sindrom de stres post traumatic, suferinţă alcoolică foetală, ADHD (hiperactivitate cu deficit de atenţie), tulburări de dezvoltare şi limbaj. Bob lucrase cu copii de la începutul anilor '70 şi se folosea de EMDR cu tinerii săi clienţi de aproape trei ani.

Văzându-l pe Davy, Bob avu un surâs larg cu ochii săi mari, nasul în sus, cu bretonul brunet în vânt şi genele dese, Davy era adorabil. Claire îi expuse istoria lui Davy şi Bob se forţă să-i vorbească băieţelului. Nimic de făcut. Davy nu răspundea. În sfârşit, Bob încercă să obţină de la Davy măcar o privire, se angajă într-un contact prin privire. Nici un rezultat. Nu era faptul că Davy era morocănos, încăpăţânat şi necooperant, ci atenţia sa sărea de la un capăt al camerei la celălalt, cu frecvente opriri pe figura mamei sale.

Bob se simţea plin de compasiune pentru acest băieţel. Dificultăţile de vorbire, hiperactivitatea sa şi capacitatea scăzută de concentrare făceau imposibilă folosirea EMDR. Cum putea Davy să urmărească mişcarea degetelor lui Bob dacă el nu-şi putea concentra atenţia ? Cum ar fi ştiut Bob dacă copilul se gândea la momentul traumatismului dacă Davy nu vorbea ? În aceeaşi zi, Bob îi telefonă psihiatrului care îl recomandase băiatului: «Vin să-i văd pe Claire şi Davy Tibbett, spuse Bob. Dar nu pot să fac mare lucru acum pentru a-l ajuta pe Davy. Va mai trebui probabil un an până să

putem aplica EMDR. Trebuie ca el să poată suporta un contact vizual şi să aibă o capacitate mai mare de concentrare a atenţiei, pentru ca EMDR să meargă.

—Păcat. Dacă lucrurile nu se calmează, voi propune pentru Davy o spitalizare pentru un timp, Claire are nevoie să poată dormi puţin. Este pe punctul de a claca. Ea nu mai poate.»

În acea vreme, arătasem deja, graţie numeroaselor expuneri de cazuri clinice, succesele considerabile ale EMDR cu copiii, chiar şi cu cei foarte mici, de doi ani. Bineînţeles, am adaptat procedura pentru a ţine cont de faptul că aceşti copii nu au aceleaşi aptitudini verbale şi aceeaşi capacitate a atenţiei precum adulţii. Anumiţi terapeuţi EMDR au făcut mişcări oculare cu unii copii captând atenţia lor cu ajutorul păpuşilor sau jucăriilor plimbate în faţa lor de la stânga la dreapta. În cazul lui Davy, Bob trebuia să inventeze propria sa variantă, o variantă capabilă să agaţe, să reţină atenţia micuţului băiat ce prezenta un retard de dezvoltare, hiperactiv şi atins de o tulburarea de deficit de atenţie.

Bob a început să-şi imagineze tot felul de lucruri. Îşi aminti câteva tehnici, în formarea în EMDR, apropo de lucrul cu copiii, câteva procedee apropo de bătăile din palme sau de sunete, de care se servesc cu oameni care nu pot să facă mişcări oculare. El a fixat o altă întâlnire cu Davy pentru a încerca această abordare alternativă. Când îi explică lui Claire ceea ce-i trecea prin cap, ea vorbi din nou cu Jack. Au găsit acest lucru puţin ciudat, dar cum o spune Jack azi, «în punctul în care eram, puteam fi în stare să încercăm orice».

Reacţia lui Bob a fost aceeaşi cu a anumitor terapeuţi EMDR creativi care îşi imaginaseră alternative la mişcările oculare, pentru clienţii care aveau nevoi speciale. În primul rând, Robbie Dunton, a vrut să utilizeze EMDR cu studenţi care aveau dificultăţi de învăţare şi nu puteau să urmărească cu ochii mişcările mâinii, şi cu copiii timizi sau rebeli care nu voiau să ridice ochii. Alţi terapeuţi, ca Priscilla Marquis, au dezvoltat în mod independent de el aceleaşi proceduri pentru clienţi orbi. Amândoi au notat că cele două proceduri care mergeau cel mai bine erau acelea în care băteau alternativ în palmele întoarse ale clientului şi aceea în care trimiteau sunete alternative în fiecare ureche [24].

Bob Tinker nu încercase niciodată niciuna dintre aceste metode, dar ştia de la formarea în EMDR că studiile despre tratamentul cerebral al informaţiilor începeau prin a face să se întrevadă de ce alternanţele funcţionau [25]. Într-unul dintre aceste studii, neuropsihologul Gregory Nicosia examinase un anumit număr de clienţi EMDR servindu-se de o tehnică numită electroencefalografie cantitativă sau cartografie în culori a creierului. Această tehnică înregistrează activitatea electrică a creierului şi permite terapeutului să vadă tipul de unde cerebrale care sunt generate în timp ce persoana se gândeşte la un eveniment perturbant pentru ea. Nicosia a relatat că după şedinţa de EMDR undele cerebrale ale emisferei drepte şi celei stângi erau mai bine aliniate. El avansase ipoteza că norepinefrina, hormon secretat în timpul traumatismului, suprimă faza REM şi desincronizează cele două emisfere. El presupune că acest prost aliniament al emisferelor împiedică creierul să trateze evenimentul traumatic. În EMDR, avansa el, mişcările oculare ritmice, repetitive, resincronizează emisferele dreaptă şi stângă imitând mecanismele reglatoare ale cortexului care joacă acest rol.

Chiar dacă nu putem fi siguri de teoria sincronizării, multe aspecte ale sale nu au putut fi studiate, ea deschide un teritoriu interesant de investigaţie. Ea a atras atenţia în mod egal asupra unei căi independente de cercetare care avea să fie începută zece ani mai devreme şi părea să se îndrepte în sensul acestei teorii. În cursul formării sale în EMDR, Bob auzise vorbind cercetători americani şi olandezi care făcuseră studii controlate despre funcţiile celor două emisfere studiind efectele manipulării privirii [26]. Ei descoperiseră că, în timp ce o persoană priveşte un obiect (de exemplu o fotografie în culori a unui peisaj) în dreapta sa, reacţia este mai pozitivă decât atunci când ea priveşte acelaşi obiect situat în stânga sa. Aceste studii testau ipoteza conform căreia emisfera dominantă, care este activată în timp ce o persoană dreptace normală priveşte la dreapta, tratează informaţiile pozitive, şi că emisfera nedominantă, în timp ce aceeaşi persoană priveşte la stânga sa, tratează informaţiile negative. O aplicaţie practică a acestui studiu arată că, dacă vrem să impresionăm pe cineva, e mai bine să ne aşezăm la dreapta acestei persoane. Această cercetare ne dă de gândit şi că EMDR, atunci când facem ca privirea clientului să treacă alternativ la stânga şi la dreapta, activează cele două emisfere [27].

Alte studii au arătat că manipulările auditive şi psihice au acelaşi efect. De exemplu, când un argument este difuzat în receptorul drept, persoana reacţionează favorabil. Atunci când acelaşi argument este difuzat în receptorul stâng, subiectul reacţionează nefavorabil. Aparent, modul de stimulare ales e mai puţin important decât faptul de a face să treacă atenţia persoanei dintr-o parte în alta. Cu aceste cercetări în cap, Bob Tinker a început să practice EMDR cu Davy. El s-a folosit de un joc bine cunoscut şi de propria sa intuiţie clinică.

Davy avea treizeci şi trei de luni în ziua primei şedinţe EMDR; el a fost victima unor violente pavoruri nocturne timp de mai mult de jumătate din mica lui viaţă.

Bob şi Davy erau aşezaţi turceşte pe jos, în biroul lui Bob. Aveau o mulţime de jucării în jurul lor: maşini, castele, case, avioane, împrăştiate într-o desfăşurare strălucitoare de galben, de albastru şi de portocaliu. Davy se întorsese pe jumătate spre Bob, era uimit, încercând să facă un tur cu privirea acelei inimaginabile abundenţe de jucării pe care le avea în faţa ochilor.

Bob ţinea o bomboană la treizeci de centimetri de faţa lui Davy. «Priveşte, spuse el cu entuziasm. Ce este ? Priveşte.» Davy abia aruncă o privire bomboanei din mâna lui Bob, apoi se întoarse. Ochii săi mari şi căprui erau trişti, foarte deschişi şi visători. Avea gura întredeschisă.

« Davy, priveşte, spuse Bob persuasiv. Ce este ?» Davy mai aruncă din nou o privire rapidă la bomboană, apoi privirea lui se pierdu. «Bine !», spuse Bob cu căldură.

El încercă să facă bomboana să plece şi să vină prin faţa copilului. «Davy, priveşte-mă. Priveşte-o. Unde merge ? Priveşte.» El obţinu o a treia scurtă privire de la Davy. «Bine !» spuse Bob cu entuziasm dându-i bomboana lui Davy. Dar nu destul de bine, gândea el.

Bob a pus încetişor mâinile pe umerii lui Davy. Ca să poată să facă ceea ce voia el, copilul trebuia să fie în faţa lui. «Priveşte-mă, Davy. Întoarce-te puţin aşa. Uite, aşa.» Davy s-a lăsat întors. Bărbatul cu ochelari rotunzi de metal şi copilul erau acum faţă în faţă. Bob luă cu blândeţe mâna stângă a lui Davy, o întoarse cu palma în jos, şi o folosi pentru a bate uşor propria lui palmă întoarsă în sus.

«Priveşte, Davy ! Fă aşa.»

Davy privea jucăriile de pe jos. Reuşi să se întoarcă iar din faţa lui Bob. Bob prinse mânuţele lui Davy în fiecare mână a sa şi le întoarse cu faţa în sus. «Acum tu vei ţine mâinile aşa. Este un joc.», spuse el pe un ton încurajator, lovind uşor cu a lui palma stângă a lui Davy.

«Tu îmi faci aşa, de acord ?» Davy îi dădu o lovitură stângace care pe jumătate rată palma întinsă a lui Bob. «E bine !»

Davy avu un zâmbet larg şi privi cu încântare spre mama lui, aşezată într-o parte. Apoi privi din nou solul. Şedinţa de EMDR începuse de două minute.

Până la urmă, Bob îl făcu pe Davy să joace o versiune simplificată a jocului cu palmele, în care Bob nu mişca mâinile, în timp ce Davy bătea una, apoi pe cealaltă. Davy avu nevoie de unul sau două minute pentru a se prinde. După fiecare bătaie, Bob striga: «Bravo ! Acum cu cealaltă !» Încet, încet Davy era absorbit de joc, râdea cu gura până la urechi lovind mâinile lui Bob, la stânga, la dreapta, la stânga, bătăile deveneau tot mai puternice. Davy era încântat de zgomotul produs de bătăi, dar nici un sunet (nici un cuvânt, nici râs) nu ieşea de pe buzele sale. După opt sau nouă bătăi succesive, atenţia lui Davy începu să se relaxeze şi el se întoarse. Bob îl trase uşor pe Davy pentru a-l aduce în faţa lui, îi prinse mâinile şi reîncepu jocul. De data aceasta, când atenţia lui Davy începea să se atenueze, Bob inventa o variaţie: după fiecare bătaie, apuca mâna lui Davy şi striga: «Te-am prins !»

Faţa lui Davy se lumină, el strălucea de râsul său puternic. Îi plăcea cu adevărat acel joc ! «Bine ! striga Bob. Mai repede !» Davy era dezlănţuit, bătea cu tot braţul şi râdea atât de tare că se prăbuşea pur şi simplu, se balansa înainte şi înapoi după fiecare lovitură încercând să retragă mâna atât de repede încât Bob să nu poată să-l apuce. «Mai repede ! Te-am prins ! Mai repede ! Te-am prins ! Mai repede ! Te-am prins ! Bravo, e bine ! Te-am prins !»

Cinci minute după momentul în care ei se aşezaseră împreună, şedinţa era gata. Davy învăţase jocul bătăilor, şi a reuşit, pentru scurte momente, să-şi facă atenţia să treacă alternativ de la mâna stângă la mâna dreaptă şi invers. «E bine ! Am lucrat bine ! spuse Bob mângâindu-l pe spate pe Davy în semn de încurajare. E bine, acum tu poţi să te joci.»

În timpul acestei prime şedinţe de EMDR cu Davy, Bob nu încercă să-l facă să se gândească la evenimentul pe care-l ţintea. El a vrut înainte să-l înveţe pe Davy mişcările musculare necesare pentru a se juca cu bătăile, şi să-l facă să trăiască un moment agreabil jucând acest joc cu el. Această preparare era în mod special importantă în cazul lui Davy. Din cauza retardului său în dezvoltare, îi trebuia mai mult timp pentru a învăţa jocul stânga-dreapta, şi Bob nu voia să rişte să deschidă traumatismul blocat (vorbind despre operaţie) înainte ca Davy să achiziţioneze competenţele necesare pentru a-l trata.

Tratamentul EMDR merge în general mai repede cu copiii decât cu adulţii. Se observă că, acolo unde adulţii pot avea nevoie de şedinţe de 90 de minute, un copil poate intra în contact cu o amintire înfricoşătoare şi să o trateze în 10 până la 30 de minute. Aceasta provine probabil din faptul că, spre deosebire de adulţi, ei nu au trăit încă numeroase alte experienţe care au întărit frica de origine şi reacţiile lor la această frică. Chiar în situaţia agresiunilor multiple, simptomele unui copil pot fi adesea alinate concentrându-se pe un singur eveniment dintre cele suportate. Am lucrat o dată cu o fetiţă de cinci ani care suferise de maltratare psihică în mai multe reprize. Noi ne-am

centrat pe incidentul cel mai recent şi pe cuvintele «Nu spune nimic nimănui» care îi fuseseră repetate în chip de avertisment. Curând, ea începea să râdă şi să spună că EMDR era «magia» sa. Mai important, puteam spune în general dacă EMDR a fost eficientă cu copiii pentru că simptomele dispăreau rapid. Coşmarurile şi pipi în pat, de exemplu, dispăreau adesea într-o şedinţă.

În cazul lui Davy, trecerea stânga-dreapta a atenţiei este un bun exemplu al modului în care modelul de tratament al informaţiei funcţiona în cursul terapiei. Ţintind deliberat un eveniment perturbant, elaborarea evocă, şi rezolvă, emoţiile care erau dominante în momentul traumatismului de origine. Dacă agitaţia manifestată de Davy în timpul primei şedinţe rezulta dintr-un traumatism (mai curând dintr-un deficit al atenţiei cu hiperactivitate), jocul bătăilor lui Bob urma să aibă un neajuns, în mod indirect prin această agitaţie, în celelalte aspecte ale evenimentului traumatic. Dacă aceasta se adeverea cu exactitate, ne puteam aştepta să constatăm o ameliorare imediată a pavorului nocturn şi a altor frici ale lui Davy.

Zece zile mai târziu, Bob şi Davy se întâlneau pentru a doua lor şedinţă de EMDR (şi ultima, cum vom vedea). De data aceasta ei s-au aşezat pe scaune în biroul lui Bob, în afara atracţiei exercitate de jucării. Claire îi spusese lui Bob că pavorul nocturn al lui Davy era mai puţin frecvent după prima şedinţă de EMDR, şi că părea că se schimbase: era probabil puţin mai liniştit. Bob a remarcat şi el diferenţa. Davy era totuşi un copil vioi, avea încă o licărire de maliţiozitate în ochi, dar era mai calm. Se aşezase liniştit pe marginea scaunului mare, cu spatele drept, capul ridicat, picioruşele unul lângă celălalt.

Bob începu să refacă fără mare dificultate jocul bătăilor cu Davy, strigând: «Aceea ! Aceasta ! Mai tare ! Asta e !», în timp ce Davy bătea alternativ palmele lui Bob. Davy zâmbea liniştit, se întoarse să arunce o privire spre mama sa, dar fără să înceteze bătăile. «Asta e, Davy ! Uită-te aici», spunea Bob, pentru a menţine atenţia copilului la joc.

Davy avea o expresie perplexă pe faţă, ca şi cum ar fi avut impresia că se întâmplă ceva, fără să poată înţelege cu adevărat despre ce era vorba. După cele două minute, atenţia sa se relaxă din nou şi opri jocul punându-i lui Bob o întrebare despre un obiect pe care-l văzuse pe etajera din spatele lui. Bob îi răspunse repede şi reluă jocul bătăilor. De data asta, Davy fu absorbit cu adevărat în ceea ce urma să facă. Braţele lui băteau metodic unul după altul, gura lui se reducea la o fantă subţire din cauza efortului de concentrare pe care-l făcea. Cu ochii în gol, dar cu un aer hotărât, privea fără să vadă bustul lui Bob. Davy trecuse în lumea lui proprie.

După două minute de la debutul şedinţei, Bob încetă scurt jocul şi apucă mâinile lui Davy în ale sale. «Poţi să-mi spui ... Davy, priveşte-mă.» Privirea băieţelului era pierdută spre mama sa. «Priveşte-mă. Poţi să spui *lumină strălucitoare*?

—Lumină strălucitoare, spuse Davy în ecou, cu o voce stinsă, dar cu un ton hotărât.

—De acord. Loveşte mâna mea !» O palmă stângace. «Asta e. Mai spune-o.

—Lumină mare», zise Davy puţin mai tare. O bătaie. Bob era surprins. Îi ceruse copilului să spună «lumină strălucitoare» şi Davy spuse «lumină mare». Era ceva în căpşorul lui, aparent Davy făcea deja legătura între ceea ce urma să se întâmple în camera în care se afla şi groaznica experienţă pe care o trăise la chirurgie.

«Spune *lumină strălucitoare*, repetă Bob. Davy se conformă. «Lumină strălucitoare». O bătaie.

«Spune lumină mare.

—Lumină mare». O palmă. «De acord, loveşte mâna mea.» O bătaie. «Lumină mare.

—Lumină mare», spuse Davy din nou. O palmă. Încă una. O bătaie. Încă. O palmă. Figura lui luă un aer serios, aproape determinat. Bob îl făcu să spună de şapte sau opt ori «lumină mare» înainte ca Davy să nu-şi piardă atenţia şi să nu se oprească din repetarea cuvintelor. Şedinţa a durat trei minute şi jumătate.

« Davy, poţi să spui *bubă* ?

Davy zâmbi: «bubă.

—Loveşte-mi mâna.» O bătaie. «Loveşte-mi mâna.» O bătaie. «Asta e.» O bătaie. «Asta e.» O bătaie. «Asta e.»

Davy avea o expresie gânditoare. Ridica şi cobora braţele în ritm, i se vedeau efortul şi concentrarea.

«De acord. Spune *bubă buză*.

—Buba la buza mea, spuse prompt Davy, şi lovi mâna lui Bob.

—Asta e. Mai spune-o.»

Davy surâse. «Buba la buza mea.» o lovitură de palmă.

«Asta e. Acum, spune *bubă gură*.

—Buba la gura mea.» O palmă.

«Asta e.» O palmă. «Asta e.» O palmă. «Asta e.» O palmă. «Asta e.» O palmă. «Asta e.» O palmă. «Asta e.» O palmă. «Asta e.» O palmă. Dar Davy încetini. Aruncă o privire mamei sale, palid la faţă.

«Acum poţi să spui *doctor* ?» insistă Bob. Davy continua să se uite la mama sa, cu ochii căscaţi. «Priveşte-mă.» Nicio reacţie. «Priveşte-mă.» Nicio reacţie.

La final, Bob întoarse uşor faţa lui Davy spre el. Apoi ridică o mână cu două degete în aer. «Priveşte degetele mele», spuse Bob mişcând mâna orizontal la nivelul ochilor lui Davy.

Davy aruncă o privire mişcării caraghioase pe care o făcea Bob, apoi întoarse din nou capul, de data asta în alt sens. Bob trebui să reia în mai multe reprize înainte de a capta din nou atenţia lui Davy. Când o obţinu, ridică ambele mâini simultan şi îndoi şi dezdoi alternativ cele două indexuri. «Priveşte», îi spuse cu o voce persuasivă. Davy privea, din nou jocul îl făcu să râdă, dar acum bătea din picioare unul după altul contra scaunului şi-şi balansa trunchiul în faţă şi-n spate. Privirea i se îndepărta. Era destul.

Bob a decis să încheie şedinţa. Opt minute se scurseră. S-a gândit că Davy începea să elaboreze traumatismul atât de mult timp blocat, dar nu era sigur. Era pentru prima dată când utiliza EMDR lovind palmele, şi Davy nu vorbea destul de bine pentru a-i spune psihologului cum se simţea. Bineînţeles, Davy arătase semne pozitive (a spus «Buba la buza mea» şi «Buba la gura mea», de exemplu) dar era oare suficient ? Bob nu ştia. El o rugă pe Claire Tibbett să fie atentă la toate schimbările şi îi spuse că i-ar propune eventual o altă şedinţă de EMDR în care să vadă cum era Davy.

După câteva zile, Claire îl sună pe Bob Tinker. Stupefiată, ea îi spuse că Davy nu mai avea pavor nocturn. Până în acea zi, el nu mai reapăruse.

Davy a avut treisprezece minute de terapie EMDR în total, în cursul cărora nimeni nu ştia ce se întâmpla în mintea copilului. Vorbind azi despre asta, Jack Tibbett spune

că el este încă «absolut consternat de schimbările pe care le-a provocat într-un timp atât de scurt».

Bob Tinker avea aceeaşi părere. «Lucrurile nu s-au făcut chiar în timpul şedinţelor. Importantă este schimbarea comportamentului care a avut loc după.»

«Nu voi uita niciodată prima noapte», spune Claire scuturând capul. «M-am trezit îngrozită a doua zi, am sărit din pat pur şi simplu ! Jack se întreba ce s-a întâmplat şi apoi a înţeles. „Davy ! Nu a plâns noaptea asta !" Ne-am repezit amândoi în camera lui ca să vedem dacă se simte bine. E incredibil ce frică ne-a fost: Davy dormise toată noaptea, noi la fel, cu siguranţă s-a întâmplat ceva grav ! Dar el dormea profund. Ce uşurare !»

Claire şi Jack au supravieţuit după aproape doi ani de privare de somn şi teribilului necaz de a fi incapabili să-şi ajute băieţelul terorizat. Cât despre Davy, el avea o mare suferinţă, surmontase oroarea de a-şi recăpăta cunoştinţa în mijlocul operaţiei chirurgicale şi de a se trezi legat de masă, cu ochii orbiţi de scialitic (dispozitiv de iluminare în chirurgie), cu suferinţe atroce la gură, fără părinţi în preajma lui.

După terapia sa EMDR, Davy a suportat alte operaţii iar tatăl său a pornit de la zero după o lungă perioadă de formare, dar pavorul nocturn nu s-a mai reprodus. Davy era capabil să meargă la culcare după o poveste şi un sărut, şi dormea fără întrerupere până dimineaţa. Nu-i mai era frică să rămână singur. Tot nu-i plăcea să fie strâns într-un combinezon de schi, dar nu era singurul copil în acest caz ! Cum se întâmplă adesea cu copiii, efectul pozitiv al EMDR s-a generalizat începând cu ţinta principală (operaţia) până la majoritatea fricilor asociate pe care Davy le dezvoltase prin generalizarea stimulului.

Davy a consultat apoi alţi profesionişti pentru întârzierile de dezvoltare legate de sindromul de suferinţă alcoolică foetală.

Davy a făcut exerciţii de ortofonie (pronunţarea considerată normală sau corectă a unui fonem sau grup de foneme) şi merge la o grădiniţă specială. Toate aceste ajutoare au contribuit la calmarea hiperactivităţii lui Davy; tatăl şi mama sa primesc sfaturi pentru a ajuta un copil hiperactiv să crească. «El a redevenit în mare parte micuţul cumsecade care era înainte», spune Claire încântată. Familia s-a întors la viaţa normală.

EMDR nu a şters teribila experienţă pe care a traversat-o Davy. Acum în vârstă de cinci ani, el a început să vorbească despre ceea ce i s-a întâmplat în acea zi la chirurgie. El repetă frazele pe care Bob Tinker l-a făcut să le rostească în timpul şedinţei (ca «lumină strălucitoare») şi îi spune mamei sale că este pe un pat unde îl doare gura. Într-o zi când unul dintre educatorii lui i-a dat o jucărie reprezentând o sală de operaţii, copilul a montat-o cu precizie, a întins păpuşa îmbrăcată în cămăşuţă de spital pe minuscula masă de operaţie, şi a declarat că pacientul era *el*.

Recent, Claire şi Davy, strânşi unul lângă altul pe canapea, priveau la televizor. Scena se petrecea într-o sală de urgenţă a spitalului. Claire s-a încordat puţin, se întreba care va fi reacţia fiului său. Davy întoarse spre ea ochii căprui de catifea, şi, trăgând-o de mânecă, o întrebă cu calm: «Îl doare gura ?»

Davy are un somn bun după şedinţele de EMDR, şi părinţii săi la fel. În visele lor, ei elaborează cu bine dificultăţile tuturor părinţilor şi copiilor.

NOTE

[1] R. J. Ross, W. A. Ball, N. B. Kribbs, A. R. Morrison, S. M. Silver, «REM sleep disturbance as the hallmark of PTSD», articol prezentat la a 143-a întâlnire anuală a Asociației Americane de Psihiatrie, New York, mai 1990.
R. J. Ross, W. A. Ball, N. B. Kribbs, A. R. Morrison, S. M. Silver, F. D. Mulvanye, «Rapid eye movement sleep disturbance in posttraumatic stress disorder», *Biological Psychiatry*, 35, 1994, p. 195-202.
R. J. Ross, W. A. Ball, K. A. Sullivan, S. N. Caroff, «Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder», *American Journal of Psychiatry*, 146, 1989, p. 697-707.
De fapt, Pierre Janet, un contemporan al lui Freud, descria fenomenele intruzive ale sindromului de stres post-traumatic ca niște «crize de somnambulism»; cf. B. S. van der Kolk și O. Vander Hart, «Pierre Janet and the brekdown of adaptation in psychological trauma», *American Journal of Psychiatry*, 146, 1989, p. 1530-1540.

[2] Vezi și S. J. Ellman, J. S. Antrobus, *The Mind in Sleep*, New York, Wiley, 1991.

[3] E. Aserinsky, N. Kleitman, Regulary occuring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep, *Science*, 118, 1953, p. 273-274.

[4] Vezi și M. L. Perlis, T. A. Nielsen, «Mood regulation, dreaming and nightmares: Evalutation of a desensitization function for REM sleep», *Dreaming*, 3, 1993, p. 243-257.

[5] D. Wilson, S. M. Silver, W. Covi, S. Foster, «Eye movement desentsitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates», *Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1996, p. 219-229.

[6] R. Benca, W. Obermeyer, R. Thisled, J. Gillin, «Sleep and psychiatric disorders: Meta-analysis», *Archives of General Psychiatry*, 49, 1992, p. 651-668. Dezvolatarea anxietății este în mod particular interesant de notat, ca și efectul aparent asupra consolidării memoriei (cf. notei 12 de mai jos). Totuși, e important de indicat că privarea de somn paradoxal nu provoacă în general o psihoză, conform unui mit popular.

[7] S. Freud, *L'Interpretation des rêves*, Presses universitaires de France, Paris, 1926 și 1967.

[8] J. A. Hobson, R. W. Carley, «The brain as a dream state generator. An activation-synthesis hypothesis of the dream process», *American Journal of Psychiatry*, 134, 1977, p. 1334-1338.

[9] J. A. Hobson, *Sleep*, San Francisco, Freeman, 1989.

[10] J. Winson, «The meaning of dreams», *Scientific American*, 262, 1991, p. 86-96.
J. Winson, «The biology and function of rapid eye movement sleep», *Current Opinion in Neurobiology*, 3, 1993, p. 243-248.

[11] Este imposibil de realizat procedura invazivă necesară pentru izolarea unei unde thete echivalente la ființele umane. Totuși, Winson arată că mișcările oculare rapide, atât în stare de veghe cât și în timpul somnului REM, traduc poate funcții complementare de prelucrare a informațiilor. Vezi J. Winson, «The meaning of dreams», *Scientific American*, 262, 1991, p. 86-96.

[12] A. Karni, D. Tanne, B. S. Rubinstei, J. J. Askenasi, D. Sagi, «No dreams, no memory: The efefct of REM sleep deprivation on learning a new perceptual schill», *Society for Neuroscience Abstracts*, 18, 1992, p. 387.

M. J. McGrath, D. B. Cohen, «REM sleep faacilitation of adaptative waking behavior: A review of the literature», *Psychological Bulletin,* 85, 1978, p. 24-57.

[13] B. A. Van der Kolk, «The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress, *harvard Review of Psychiatry,* I, 1994, p. 253-265.

În egală măsură e interesant de notat următorul punct: s-a descoperit că mişcările oculare sacadate, spontane, duc la o activare importantă a hipocampului la maimuță. Cf. J. L. Ringo, S. Sobotka, M. D. Diltz, C. M. Bunce, «Eye movement modulate activity in hippocampal, parahippocampal, and inferotemporal neurons», *Journal of Neurophysiology,* 71, 1994, p. 1285-1288.

[14] C. Hong, C. Gillin, G. A. Callaghan, S. Potkin, «Correlation of rapid eye movement density with dream report lenght and not with movements in the dream: Evidence against the scanning hypothesis», *Annual Meeting Abstracts,* Association of Professional Sleep Societies, Poster, 12, 1992.

[15] P. Roffwarg, J. N. Muzio, W. C. Dement, «Ontogenic development of the human sleep-dream cycle», *Science,* 152, 1966, p. 604-619.

[16] B. A. van Kolk, R. E. Fisler, «Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation», *Bulletin of the Menninger Clinic,* 58, 1994, p. 145-168.

[17] J. E. LeDoux, «Emotion, memory, and the brain», *Scientific American,* iunie 1994, p. 50-57. Nu există îndoială că trebuie să-i învățăm pe copii să se calmeze ei înşişi. Numai pentru atât, nu înseamnă că se ignoră pur şi simplu plânsetele bebeluşului.

O generație întreagă de «baby-boomers» a fost crescută de mame cărora li s-a spus să-şi hrănească copiii la fiecare oră şi să nu reacționeze când ei plângeau. Eu găsesc sfâşietoare ideea miilor de bebeluşi pe punctul de a plânge singuri în întuneric, şi-mi pun întrebări despre posibilele efecte psihologice şi sociologice ale acestei educații. Este sigur că am cunoscut mulți oameni, de-a lungul anilor, care evocau faptul că «plângeau singuri pe întuneric» pentru a descrie doliile lor sau fricile cele mai traumatizante. Mi-a fost util de multe ori să-i fac să remarce că noi suntem toți acolo, împreună cu toții, în întuneric, cu impresia că suntem singuri.

[18] P. D. MacLean, *A Triune Concept of the Brain and Behavior,* Toronto, University of Toronto press, 1978.

[19] J. C. Pearce, *Evolution's End,* San Francisco, Harper & Collins, 1993.

[20] M. Kramer, «The nightmare: A failure in dream function», *Driming,* 1, 1991, p. 277-285.

[21] Vezi M. L. Perlis, T. A. Nielsen, «Mood regulation, dreaming and nightmares: Evaluation of a desensitization function for REM Sleep», *Dreamind,* 3, 1993, p. 243-257.

[22] J. Gibson, «Nightmares and night terrors», *Parents,* 66, 1991, p. 159.

[23] Vezi B. A. Van der Kolk, R. E. Fisler, «Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation» *op. cit.*, p. 145-168.

[24] Înainte de a citi prima secțiune a acestui capitol, consacrată somnului REM (sau paradoxal), cititorul îşi spune fără îndoială că, dacă putem foarte bine utiliza sunetele şi bătăile ritmice, ipoteza asupra REM trebuie să fie falsă. Nu este neapărat aşa. Chiar dacă legătura între REM şi EMDR nu este decât o bună analogie, faptul că putem utiliza alt fel de stimuli nu vrea să spună neapărat că aceleaşi procese care se produc în cursul somnului REM nu sunt şi ele stimulate. Cu alte cuvinte, corpul adormit este

incapabil să genereze sunete sau bătăi ritmice externe. Din cauza inhibiției neuronilor motori, mișcările oculare sunt singurul lucru care poate fi produs, în plan fiziologic. Evident, în starea de veghe, avem alte alegeri. Începutul este să stimulăm funcțiile corticale necesare la elaborarea materialului perturbant. Se poate ca funcțiile corticale să fie activate de procesul atenției duale, indiferent de natura stimulilor alternanți. Analizele componentelor au adus multe răspunsuri pentru această chestiune în anii care au venit. Dar, în măsura în care EMDR este o metodă complexă, integrând în mod singular numeroase modalități diferite, ne putem aștepta ca tratamentul să producă efecte, chiar fără stimulare. De aceea analiza componentelor trebuie să fie făcută cu mare grijă. Vezi F. Shapiro *Eye Movement desensitizatio and REPROCESSING: Basic principles, protocols and procedures*, New York, Guilford Press, 1995.

[25] Vezi *ibid.*

[26] Vezi R. A. Drake, «Processing persuasive arguments: Recall and recognition as a function of agreement and manipulated activation asymetry», *Brain and Cognition*, 15, 1993, p. 83-94.

[27] Studiile despre deconexiunea interemisferică, de-a lungul anilor, au arătat cu claritate diferențele de funcționare, de mod de a trata și a stoca amintirile proprii fiecărei emisfere cerebrale. Vezi R. Joseph, *The Right Brain and the Unconscious*, New York, Plenum Press, 1992. Este posibil ca atenția alternantă utilizată în EMDR să permită integrarea accelerată a funcțiilor, a amintirilor și a efectelor adaptative.

7

Legături care întemnițează: tulburările de ataşament

«Nu putem trăi doar pentru sine. Mii de fibre ne leagă de semenii noştri; şi printre aceste fibre, cum ar fi legăturile de compasiune, actele noastre pleacă de la noi sub formă de cauze, şi revin sub formă de efecte.»

Herman MELVILLE

EMDR a deschis o nouă cale de explorare în vechea dezbatere asupra importanței relative a înnăscutului şi dobânditului. Dezvoltarea fizică şi psihică a unei ființe umane depinde de aceste două mulțimi de factori: genele sale şi mediul înconjurător şi interacțiunea celor două fascinează oamenii de ştiință de ani de zile [1]. De exemplu, sunt numeroase probe că inteligența este, la început, fondată pe ereditate, dar nimeni nu neagă că factorii de mediu au în mod egal o influență importantă. Un copil dotat, dar crescut într-o familie care nu prea face caz de învățătură şi educație, va arăta în general mai puține capacități decât un copil cu inteligență medie, crescut într-o familie care-l susține mai bine. Poate că genele determină nivelurile pe care potențial le putem atinge, dar comportamentul efectiv al individului pare să depindă de întâmplările din mediul înconjurător.

Care sunt problemele psihologice care sunt fundate pe ereditate sau pe factori organici şi care sunt cele care reflectă mediul ? EMDR tratează trăirile precoce, poate că ea va permite o mai bună înțelegere a acestei chestiuni. Ea poate de asemenea contribui la eliberarea anumitor persoane din închisori pe care le credem genetice. De exemplu, primele studii efectuate arătau că schizofrenia era ereditară [2], în timp ce studii mai recente au probat clar că mediul, stresul şi reziliența (rezistența la şoc) individului joacă un rol important [3]. S-a arătat că pot fi împiedicați copiii părinților schizofreni să se îmbolnăvească dacă sunt crescuți într-un mediu plin de căldură, pozitiv şi stabil, în afara acestor condiții ei devin din contră adeseori psihotici [4]; ar fi interesant de văzut dacă EMDR poate răsturna efectele negative ale întâmplărilor disfuncționale în cadrul acestei populații. Nu ne putem bineînțeles aştepta ca EMDR să răstoarne efectele eredității (cum ar fi predispoziția biologică), dar se pot trata probabil stresurile din

mediul înconjurător ce duc la apariţia tulburărilor[5]. Ereditatea nu determină cu necesitate destinul !

Bineînţeles, EMDR nu va putea să dea răspunsuri definitive la toate aspectele chestiunii înnăscut / dobândit. Este dificil de determinat cauza trăsăturilor, handicapurilor sau comportamentelor particulare, pentru că fiinţele umane încep să trăiască experienţe încă de la concepţia lor. Unele studii au arătat că bebeluşul, care a auzit în mod repetat vocea mamei sale *in utero*, este capabil încă de la naştere de a discrimina vocea ei printre celelalte voci feminine [6]. Mediul foetal joacă în egală măsură un rol important în dezvoltarea fizică a copilului (în capitolul 6 s-a explicat că sistemul nervos al micuţului Davy fusese afectat de faptul că mama sa băuse în timpul sarcinii [7]).

Bolile biochimice, care rezultă dintr-un eveniment intra-uterin sau dintr-o tulburare genetică, pot juca un rol în dezvoltarea capacităţilor copilului. Un exemplu este cel al copilului care prezenta ADHD (ca Davy), ale cărui dificultăţi de concentrare apăruseră prea devreme. Chiar dacă el are, în plan biochimic, o tendinţă de a se lăsa cu uşurinţă distras, copilul poate învăţa, cu un medicament (dacă îl considerăm util) şi, mai important, cu o educaţie şi un suport adaptat, să învingă tulburarea şi să ducă o viaţă productivă şi reuşită. Pe de altă parte, dacă lăsăm prea mult timp fără ajutor un copil atins de ADHD, el va trăi un anumit număr de experienţe care pot întări punctele sale slabe şi să-i înrăutăţească imaginea de sine. Traumatismul şi frica de eşec aduc altora dificultăţi de concentrare, şi problema se agravează. Scenariile de eşec generează un ciclu de aşteptări mereu mai mici şi de succese din ce în ce mai rare. Din fericire, se pot deseori remedia efectele negative ale mediului şi experienţelor traversate graţie EMDR, şi este cel mai bine când se face mai devreme.

În cazul lui Davy, nu au trebuit decât două şedinţe pentru a redresa situaţia. Dar Davy nu suportase decât un traumatism, şi avea o viaţă de familie fericită şi părinţi devotaţi. O dată vindecat de traumatism, el putea să înveţe tot ce trebuia să ştie pentru a avea relaţii cu ceilalţi şi pentru a reuşi. Dar când un traumatism precoce rămâne netratat, nu numai efectele sale handicapează viaţa persoanei, ci ele pot pune în pericol generaţia care urmează. Dacă în ei sunt emoţii nerezolvate se declanşează evenimente actuale şi părinţii suferinzi de un traumatism pot avea accese violente de furie sau se închid afectiv şi se repliază în ei înşişi şi sunt indisponibili pentru copii. Ei nu o fac intenţionat, dar consecinţele asupra copiilor lor pot fi catastrofice.

Povestirea care urmează ilustrează puterea absolută (şi inconştientă) a legăturilor care există între mamă şi copil. Ea arată că, pentru ca EMDR să fie eficientă, ea trebuie să lucreze la nivelul tabloului clinic în integralitatea sa. În cazul de mai jos, cum simptomele acopereau o paletă derutantă de comportamente, terapeutul avea datoria să se angajeze într-o muncă de detectiv pentru a identifica obiectivele pe care trebuia să le ţintească. Acest caz mai arată şi forţa interacţiunii între înnăscut şi dobândit: noi avem în noi mecanisme de supravieţuire programate genetic, şi toate întâmplările care le pun în pericol pot provoca direct efecte psihologice absolut haotice şi dăunătoare. Legătura mamă-copil este una dintre primele legi ale naturii, ea are în mod evident ca obiectiv supravieţuirea speciei. Dar ce se întâmplă când legea naturală este încălcată şi ataşamentul mutual nu se pune la locul lui ?

Dr. Joan Lovett inspiră adânc şi expiră progresiv. Ea se străduia să-şi facă o imagine coerentă asupra unei fetiţe, începând cu haosul simptomelor care tocmai îi fuseseră descrise. Ce tragică încurcătură ! Femeia epuizată, aşezată în faţa ei era în mod sigur una dintre mamele cele mai disperate pe care ea le văzuse în douăzeci de ani de carieră de pediatru, dacă nu cea mai disperată dintre toate.

Închizând carnetul de note, Joan ridică capul şi-şi aruncă privirea spre cei doi ochi îngroziţi. Bine, îşi spuse ea, iată unde ne aflăm: micuţa se numeşte Ashley. Este minionă, blondă, are cinci ani. Este la grădiniţă. Mama ei crede că va sfârşi drogată. Pentru bunică, ea ar trebui să se afle într-o familie adoptivă. Frăţiorul crede că vrea să-l omoare şi probabil el are dreptate.

Termenul de *rivalitate fraternă* era absolut insuficient pentru a descrie sentimentele lui Ashley pentru frăţiorul ei, Charlie, născut la aproape unsprezece luni după ea. Ashley îl ura pe Charlie cu o sălbăticie uluitoare. Ea îl bătea frecvent, făcându-i vânătăi albastre ca marmura pe braţe şi pe piept, îi înfigea degetele în ochi. Nu de mult, l-a împins puternic pe Charlie şi l-a făcut să cadă de la înălţimea patului lor suspendat, şoc important pentru un copil de patru ani. În fiecare zi, Ashley îi spunea frăţiorului că îl detestă. În ziua când o ambulanţă îl ducea pe Charlie la spital pentru o gravă criză de astm, Ashley i-a spus că ea speră ca el să moară.

Ashley îşi detesta şi mama. Nu a lăsat-o niciodată să o alinte, nu privea niciodată în ochi, nu făcea nimic fără să facă o scenă, chiar şi cele mai simple lucruri, cum ar fi să-şi pună pijamaua. Ashley avea crize de furie de mini-dictator, în cursul cărora arunca obiecte, urla, plângea şi vomita timp de o jumătate de oră de fiecare dată. Avea coşmaruri recurente în care visa animale, crocodili care îi smulgeau mâinile, străini ameninţători şi accidente teribile. Recent, ea furase o brăţară de la baby-sitter şi a mintit spunând că nu a făcut-o ea. Îşi muşca des buzele atât de tare încât i se umflau. O dată, a scos o lamă de ras de la gunoi şi a folosit-o ca să se taie intenţionat. Avea fobii, vecine cu teroarea, faţă de câini şi uşi care se închid: când mama ei făcea gestul de a deschide uşa, chiar şi pentru a căuta corespondenţa, copilul începea să urle.

Incidentul care, pentru mama lui Ashley, făcuse paharul să dea pe-afară şi o adusese în terapie, s-a produs cu şase săptămâni mai devreme, la sărbătoare Tanksgiving de la grupa din grădiniţa lui Ashley. Toţi părinţii, chiar înainte de vacanţă, au fost invitaţi la un dejun, şi chiar copiii lor serveau la masă. Ashley a luat o farfurie plină cu curcan şi sos, a înaintat rapid spre mama sa, şi i-a aruncat-o urlând: «Eu nu vreau ca tu să vii aici ! Te detest !»

Joan Lovett simţea o mare compasiune pentru tânăra femeie ce stătea în cabinetul său. Maura Sullivan avea aerul că e înfricoşată, zdrobită, epuizată, dar hotărâtă. În vârstă de treizeci şi trei de ani, mamă celibatară, ea se străduia curajoasă să reunească bucăţile din viaţa sa crescând singură doi copii mici cu foarte puţini bani. Ea scăpase de droguri şi alcool, şi se acuza de comportamentul violent al lui Ashley (ea luase heroină în timpul primei perioade de sarcină). Ex-soţul Maurei, Charles, era actor; el fusese des în şomaj în timpul căsătoriei lor, şi se drogase mult. El a fost în egală măsură violent faţă de Maura. În noaptea în care Ashley s-a născut, Charlie era luat la poliţie şi Maura a trebuit să nască singură. Când i s-a adus fiica, Maura era prea epuizată, prea confuză, prea zdrobită pentru a petrece mult timp ocupându-se de bebeluş. Gândindu-se la toate astea, ea avea impresia că a pierdut ocazia de a înnoda legătura cu Ashley încă de la naşterea sa şi că, acum, era prea târziu.

La unsprezece luni după sosirea agitată a lui Ashley, Maura dădu naştere unui fiu. Mereu optimistă, ea îl numi Charlie, ca pe tatăl său. dar în momentul când Charlie făcu un an şi Ashley doi, acest părinte violent emoţional, mereu între două plecări, şi-a abandonat familia în mod serios. Maura păstra în minte o scenă din acea perioadă: Ashley se ţinea cu dificultate pe picioarele ei durdulii, întinzând fără să spună nimic braţele spre tatăl său cum fac toţi micuţii care vor să fie luaţi în braţe, tatăl se întoarse, se îndreptă spre uşă şi o trânti în urma lui.

«Au fost ani grei, îi spuse Maura Joanei. Eram în pragul depresiei nervoase. Între aceste probleme cu soţul şi cu mine care ieşisem dintr-o perioadă de doi sau trei ani de *speed*,* nu eram acolo pentru Ashley. Bineînţeles, îi satisfăceam nevoile fizice, o hrăneam, o schimbam, toate cele, dar în plan afectiv eu nu eram acolo pentru ea. Aveam nevoie de cineva, dar sunt sigură că şi ea ! Ea nu o avea pe mama ei, iată.»

Maura se mişca fără încetare pe scaunul său. «Dr. Lovett, mi-e tare frică şi nu ştiu cum să o ajut pe Ashley. Ea poate să treacă prin stări teribile. Apoi începe să ţipe, Charlie ţipă şi el, şi eu la fel. De multe ori, ei sunt pur şi simplu imposibili iar eu mă simt obligată să mă închid în camera mea pentru a avea o clipă de linişte.» În dorinţa ei pătimaşă de a explica, frazele se precipitau în gura Maurei. «Am încercat să fiu o mamă bună. Îmi iubesc copiii. Sunt atentă la ce mănâncă, la igiena lor; au vaccinurile la zi. Şi sunt tot timpul dreaptă cu ei. Dar nu e destul. Nu merge. Nu mai ştiu ce să fac.

—Ce vreţi să spuneţi: „Sunt tot timpul dreaptă cu ei" ? întrebă Joan.

—Ei bine, dacă unuia îi este foame, eu le dau un biscuit amândurora. Dacă unul este obosit, îi las pe amândoi să se odihnească.» Joan remarcă o mică tonalitate didactică în vocea Maurei. «Dacă unul are nevoie de încălţăminte, ei vor aştepta până când voi avea bani ca să cumpăr pentru amândoi. Şi când este aniversarea unuia, le fac cadouri amândorura. Niciunul dintre ei nu are ceva ce celălalt nu poate avea. Nu ar fi drept. Eu gândesc că e foarte important, concluzionă Maura aproape agresiv.

—Se poate spune că a fi drept, înseamnă ca dumneavoastră să trataţi cei doi copii exact în aceeaşi manieră.

—Aşa e. Trebuie trataţi toţi copiii la fel.» Maura făcu o pauză şi aşteptă răspunsul lui Joan care o privi cu încurajare, dar nu spuse nimic.

După o tăcere de lungime inconfortabilă, Maura continuă: «Dacă părinţii mei ne-ar fi tratat la fel, nu am fi avut toate problemele pe care le-am avut.»

Joan se ridică fără zgomot şi se îndreptă spre o etajeră la celălalt capăt al camerei de unde luă un sac mic de velur violet. Se întoarse să se aşeze şi întinse sacul Maurei.

Vreţi să folosiţi jocul cu bastonaşe şi pietre pentru a-mi explica ce se întâmpla în familia dumneavoastră ? În acest sac, sunt multe pietre colorate. Mai întâi, luaţi o piatră pentru fiecare dintre membrii familiei dumneavoastră de origine. Apoi, veţi aranja pietrele pe această hârtie, veţi desena conturul fiecăreia dintre ele, şi veţi trasa linii pentru a arăta legăturile dintre diferiţi membri ai familiei.»

Maura strecură mâna în sac şi atinse cu degetele piesele lustruite (şi plăcute la atingere). Scoase şase, una câte una, şi le aranjă pe hârtie. Mama, tata. Amândoi alcoolici. Ea însăşi, cea mai mare. După trei ani, Sarah. După încă trei ani, Stephanie. În sfârşit, un frate adoptiv, Bill, la zece ani după Maura. Ea desenă linii groase pentru relaţiile puternice, linii sinuoase pentru relaţiile mai întreţinute. Joan o privea cum le

* Speed: metamfetamină.

face cu interes, dar fără niciun cuvânt. Maura părea că a terminat, dar luă din nou sacul şi îl manipula fără încetare între degete.

M mai avut un frate, şi el adoptiv. Înainte de Bill.» Pauză lungă. «Dar a plecat.» Nu avea nicio emoţie în voce. Lent, istoria se dezvălui. Când Maura avea opt ani, părinţii au decis să adopte un băieţel de şase luni. L-au numit Shannon, şi Maura era complet nebună, cum numai o fetiţă de opt ani putea fi. Shannon era bebeluşul ei. Avea ochi mari albaştri şi păr mătăsos, blond ca grâul. Râdea tot timpul. Pentru Maura, era cel mai frumos bebeluş din lume. Se extazia în faţa lui, îi dădea biberonul, îl legăna, îl ducea peste tot.

Într-o seară (Shannon era în familie de două săptămâni), toată lumea dădea ajutor la bucătărie după dejun. Tatăl Maurei plecase să pună la loc o tigaie de fontă, când tigaia i-a scăpat şi a căzut pe jos bubuind. Într-o fracţiune de secundă, toată lumea a întors ochii spre bebeluş, gata să-l calmeze şi să-l liniştească. Dar Shannon nici nu a tresărit. Tatăl Maurei ridică tigaia şi observând atent bebeluşul, o bătea zgomotos de o cratiţă. Nicio reacţie. Shannon, aşezat, privea. Mama Maurei începu să plângă.

A doua zi, l-au dus pe Shannon la spitalul pediatric pentru testări. Medicul care examină copilul le-a spus că era surd şi recomandă alte teste. Săptămânile următoare, a fost diagnosticat şi cu o dificultate motrice cerebrală şi probleme digestive atât de grave încât el urma să fie hrănit cu o sondă. Avea nevoie de îngrijiri foarte importante. În acest mod el nu ar fi trăit mai mult de trei sau patru ani. Părinţii Maurei au decis să păstreze pentru ei aceste veşti groaznice.

La aproximativ două săptămâni după accidentul din bucătărie, Maura, întorcându-se de la şcoală, observă că Shannon nu mai era acolo. Părinţii mei l-au dus la agenţia de adopţie, îi spuse Maura Joanei fără să manifeste nicio emoţie. Ei au explicat la agenţie că Shannon trebuia să trăiască într-o casă specializată pentru restul zilelor sale şi că ei nu puteau să-şi permită aşa ceva. Ei au spus că agenţia urma să găsească o familie care putea să o facă. Nu l-am revăzut niciodată.

—Şi dumneavoastră., cum aţi primit asta ? întrebă Joan.

—Eram sigură că părinţii mei s-au gândit că au făcut cea mai bună alegere. Dar e ciudat, ştiţi, spuse Maura scuturând capul. Nu m-am mai gândit niciodată la asta după ziua în care s-a întâmplat.

—Spuneţi-mi puţin mai mult, spuneţi cum vă simţiţi când vă gândiţi acolo.

—Nu resimt nimic», declară Maura. O clipă mai târziu, ea izbucni în hohote. Se făcuse o breşă în zidul care reţinea tristeţea ei de douăzeci şi cinci de ani. Şi acum zidul se dărâma.

Puteam doar să ne imaginăm durerea unei fetiţe de opt ani căreia i s-a luat bebeluşul «său» şi teribila tristeţe care a făcut-o să-şi zăvorască inima. Aparent, pierderea lui Shannon distrusese capacitatea Maurei de a stabili legături cu persoanele care contau în viaţa sa, printre care, propria sa fiică, după mulţi ani. Lipsită de ataşamentul de mamă, Ashley se comporta în consecinţă: ea nu arăta nici un sentiment pozitiv şi nu făcea nici un gest tandru pentru persoanele din anturajul său.

Dar nu numai pierderea lui Shannon a pus în mişcare acest complex motiv transgenerational. El îşi avea rădăcinile în terenul familial al Maurei: părinţi alcoolici, un mediu familial imprevizibil şi incontrolabil, modul eratic în care părinţii dădeau şi primeau afecţiunea lor. În acest cadru afectiv haotic, Maura nu găsise un obiect de iubire stabil, Shannon, fratele său adoptiv, decât pentru a-l vedea smulgându-se. Reacţia

Maurei se raporta la generația următoare. Îi putem vedea efectul în comportamentul coleric al lui Ashley. Copiii se simt deseori responsabili de punctele slabe ale părinților lor. Nu numai că ei au impresia că sunt în plus, dar cred că ei merită tratamentul pe care-l suportă. Când nevoia lor naturală de atașament nu este satisfăcută, copiii încep să se gândească că nu trebuie să aibă încredere în nimeni și că nimic nu va putea să schimbe situația.

Se vor vedea apărând interacțiunile complexe între înnăscut și dobândit în ansamblul acestui tablou clinic. Unii ar relata că părinții și bunicii lui Ashley erau alcoolici, și ar spune că anumite trăsături de caracter vin din această moștenire [8]. Alți clinicieni ar spune că unele dintre aceste trăsături de caracter erau determinate biologic de alcoolul și drogurile pe care mama le luase în timpul sarcinii. Cele două analize ar da un pronostic sumbru șanselor lui Ashley de a fi într-o zi într-o bună stare de sănătate afectivă. Din fericire, terapeuți EMDR ca Joan pun accentul pe rolul mediului. De exemplu, capacitatea Maurei de a se decupla de la suferința emoțională, pe care o dobândise la dispariția lui Shannon, are semnificația că Ashley primise un tip particular de educație care risca puternic să multiplice la ea dificultățile psihologice [9]. Un număr considerabil de studii au arătat că impactul unei mame indisponibile afectiv este atât de grav pentru bebeluș încât el, în această teribilă situație, riscă mult mai mult decât altul să moară [10].

Copiii astfel traumatizați devin fie pasivi, fie reactivi. Ei pot umple senzația de vid interior cu frică sau furie, sau cu amândouă. Consecința poate fi un ciclu de comportamente violente și inadaptate care le înstrăinează de persoanele din anturaj. În plus ei trec la act, se simt izolați, ceea ce le întărește impresia că nu sunt iubiți și că nimeni nu îi poate iubi. La fel, tendința lui Ashley de a-și face rău (să-și muște buzele, să se taie) se întâlnește des la persoanele care se disociază psihic: unele utilizează durerea ca un mijloc de a simți mai puțin ceva, de a-și aminti că sunt vii [11]. A-și face rău poate fi și o distracție binevenită: această nouă durere respinge atenția persoanei de la durerea veche sau actuală, sau foarte bine îi procură senzații de bine grație eliberării de endorfine.

Furia lui Ashley împotriva fratelui său Charlie, ținea probabil de mai mulți factori. La început, Ashley trebuia să împartă cu Charlie puțina atenția pe care mama lor reușea să le-o dea. În al doilea rând, ea exprima poate prin aceasta durerea că ea fusese pusă la încercare de dezertarea tatălui său. În al treilea rând, Maura putea, inconștient, să-l considere pe Charlie ca un substitut al lui Shannon al ei mult iubit, pierdut de atâția ani. Poate că ea își arătase preferința pentru fiul său, poate că se identifica cu el, cauzând încă suferințe în plus lui Ashley.

Sigur, nu putem raporta toate dificultățile acestei familii la pierderea fratelui Maurei, dar acest eveniment, combinat cu educația pe care Maura o primise, era cu siguranță activ în spatele relațiilor parentale defectuoase și carențelor afective care o împiedicau pe Ashley să creeze legături de atașament cu cei apropiați.

Trebuia ca Maura să elaboreze amintirea sa legată de pierderea lui Shannon, să treacă prin toată gama de emoții, de la tristețe la furie trecând prin vinovăție, înainte de a putea să regăsească capacitatea de a iubi. Acest progres în emoții corespunde cu procesul natural de vindecare, care s-a oprit în momentul pierderii traumatice suferite de Maura.

În timp ce Maura plângea, Joan se gândea la efectul devastator pe care pierderea frăţiorului putuse să-l aibă asupra acestei femei. După mai bine de un sfert de secol, această pierdere precoce afecta capacitatea Maurei de a-şi creşte copiii. Joan ştia că trebuia să abordeze această durere care rămase închistată în Maura înainte de a începe o terapie cu Ashley. Joan era formată să se ocupe de problemele de comportament ale copiilor, dar se gândea că trebuie să trateze părintele la fel de bine ca şi copilul. Ea cunoscuse mulţi părinţi ale căror dificultăţi nerezolvate se reflectau în tulburările de comportament ale copiilor lor.

Când hohotele de plâns ale Maurei se calmară, Joan îi vorbi de EMDR şi o întrebă dacă ar accepta să o folosească, încă de la şedinţa următoare, pentru a-i spune adio lui Shannon. Maura şocată de intensitatea propriei sale reacţii la relatarea istoriei lui Shannon, îşi dădu acordul.

Revenind în biroul lui Joan pentru prima şedinţă de EMDR, Maura aduse un lung poem scris la maşină pe care-l scrisese pentru a-i spune în sfârşit adio lui Shannon. Ea îi povesti lui Joan că a doua zi după prima lor întâlnire, ea plecase să se plimbe cu bicicleta; cu obrajii plini de lacrimi, ea se gândise la Shannon. «Asta mi-a făcut bine, spuse ea cu surpriză. Şi dacă dumneavoastră nu aţi fi mers să căutaţi sacul, şi nu mi-aţi fi cerut să scot o pietricică pentru fiecare membru al familiei mele, nu mi-aş fi dat seama de ceea ce resimţeam pentru Shannon. Eu nu aş fi vorbit niciodată despre asta.» Dar faptul de a vorbi despre Shannon şi alinarea că fusese pusă la încercare nu ajungeau. Aceasta nu ar fi schimbat emoţiile subiacente care otrăveau relaţiile Maurei cu fiica sa.

Joan începu şedinţa EMDR cerându-i Maurei să pună în cuvinte dureroasa lecţie pe care o primise pierzându-l pe Shannon. «Nu trebuia să mai iubesc pe nimeni niciodată», răspunse Maura imediat. Ea evaluă la 9, pe o scală de la 0 la 10, intensitatea sentimentului neplăcut care însoţea această lecţie. În continuare, Joan îi ceru să aleagă o frază pozitivă care ar fi exprimat ceea ce ei i-ar fi plăcut să pună în loc. Maura închise ochii o clipă, apoi spuse ezitând, aproape sub formă de întrebare: «Îl iubeam aşa cum îţi poţi iubi fratele, şi cum sunt liberă să iubesc din nou.» Când Joan îi ceru să evalueze adevărul actual al acestei fraze pe o scală de la 1 la 7, Maura, scuturând capul, îl evaluă la 2.

«Să începem cu scena din bucătărie, spuse Joan. Să vedem dacă puteţi să aduceţi această scenă în minte urmărind în acelaşi timp cu ochii degetele mele. Gata ?»

Maura acceptă cu gravitate. Cum mâna lui Joan începu un du-te-vino, ochii săi se umplură aproape imediat de lacrimi. Dintr-o dată, ea avea din nou opt ani. Auzea bubuitul tigăii izbindu-se de sol, simţea anxietate urcând în încăpere, vedea figura mamei sale crispată de durere. La finalul secvenţei, Maura spuse printre lacrimi:

«Părinţii mei nu se gândeau că ar putea să se ocupe de Shannon.

—Rămâneţi în contact cu acest gând», spuse încet Joan, şi îi făcu Maurei o a doua secvenţă de mişcări oculare.

«Când a plecat i-am simţit mult lipsa din casă. Dar ei au fost totuşi uşuraţi. Mama plângea, ei îi lipsea, era tristă, dar nimeni nu mai vorbea despre asta. A fost ca atunci când m-am întors acasă şi am înţeles că bunicul a murit. Eu mă întrebam de ce nimeni nu plânge pentru moartea bunicului. În familia noastră nu ştiam să ne arătăm durerea.»

Altă secvenţă.

«Nu voiam să mă mai păcălesc.» Hohotele scuturau toată partea de sus a corpului Maurei, dar ţinea mâinile încleştate pe genunchi, cam ca o fetiţă. «Şi nu m-am mai păcălit, până mult mai târziu, mult după ce l-am avut pe Bill. El era hiperactiv. Mi-o amintesc pe mama pe punctul de a-i cere lui tata să-i dea biberonul lui Bill şi pe tata lovind-o. El bea. Eu, dormeam pe canapea cu mama.» Lacrimile curgeau încă pe faţa ei. Maura scutură capul, pletele ei negre urmară cu o fracţiune de secundă întârziere mişcarea capului. «Pentru Shannon, a fost vina mea. Dacă mă întorceam de la şcoală, dacă eram acolo, nu l-ar fi dus. Puteam să-i opresc.»

În acel moment, trebuia pus la loc sistemul Maurei de tratament al informaţiilor. Nu e rar cazul când se văd oameni blocaţi într-un sentiment indus de responsabilitate. Pentru a o face pe Maura să avanseze, Joan asocie mişcările oculare cu o întrebare făcută să suscite un răspuns pozitiv. În EMDR, e vorba de o variantă a unei proceduri pe care o numim *ţesutul cognitiv*. Ea are pentru început de întreţesut noua frază pozitivă cu informaţia negativă (sau disfuncţională) înscrisă înainte în creierul clientului, pentru a putea să o elaboreze pe aceasta. Când terapeutul pune o întrebare potrivită, reţeaua mnezică conţinând informaţia pozitivă este activată şi poate atunci să se conecteze la reţeaua pe care o ţintim. Aşa cum am văzut, (în particular cu Eric când şi-a dat seama că nu era vinovat de moartea prizonierilor vietnamezi) informaţia pozitivă mai bine adaptată există deja pentru persoană. Aceasta este pur şi simplu incapabilă, în suferinţa sa, să o acceadă automat.

Joan începu o altă secvenţă. În timp ce Maura făcea du-te-vino cu ochii, Joan întrebă: «Cine a hotărât să-l trimită pe Shannon ?

—Părinţii mei, dar eu puteam să-i împiedic.»

Altă secvenţă.

«O fetiţă de opt ani poate cu adevărat să ia decizia de a păstra un bebeluş ?

—Nu.»

Altă secvenţă. În timp ce informaţia realistă contacta ţinta pe care o lucra Maura, impresia ei indusă de responsabilitate şi vinovăţia se dizolvau.

Maura era acum furioasă. Cu pumnii strânşi, articulaţiile degetelor albite, câte o mână pe fiecare coapsă, cu un aer hotărât, urmărea mereu cu ochii degetele Joanei. «Părinţii nu au fost drepţi cu Shannon ! Ei nu ar fi abandonat niciodată pe unul dintre copiii proprii, de ce l-au dus ? Ar fi trebuit să-l trateze exact ca pe noi. N-a fost drept !»

O altă secvenţă. Furia Maurei era tot acolo, ea se imagina acum ţinându-l pe Shannon pe genunchi şi vorbindu-i aşa cum ar fi vrut să o poată face. Îi spunea anumite lucruri pe care le scrisese în poemul său, şi sfârşi spunându-i adio. «Îmi voi aminti mereu figura ta zâmbitoare. Vei avea mereu un loc în inima mea. Când o să văd stelele, o să pun numele tău uneia dintre ele.»

Altă secvenţă. Maura se opri din plâns; respiră profund şi regulat. Îi spuse Joanei că se simţea calmă şi în acelaşi timp profund conştientă de toate simţurile: senzaţia aspră a ţesăturii de pe braţele fotoliului, zgomotul maşinilor de afară. Cu ochii închişi, spuse: L-am iubit cum putem iubi un frate, şi acum eu sunt liberă să iubesc din nou.

—Rămâneţi în contact cu asta.» O altă secvenţă. Maura rămânea calmă. « Maura, întrebă Joan, la cât evaluaţi acum aspectul tulburător al scenei din bucătărie, pe o scală de la 0 la 10 ?

—Zero», răspunse Maura. Ea părea uşor stânjenită de propriul său răspuns.

«Şi la cât evaluaţi adevărul frazei „Îl iubeam pe Shannon, cum îţi poţi iubi fratele şi acum eu sunt liberă să iubesc din nou", pe o scală de la 1 la 7 ?

—7. Zise Maura surâzând. Fără îndoială.

—Acum, sunteţi liberă să fiţi dreaptă dând fiecărui copil al dumneavoastră ceea ce îi trebuie. Sunteţi liberă să vă ocupaţi după cum credeţi să-i protejaţi şi să le satisfaceţi nevoile, nu în funcţie de vinovăţie. Vinovăţia e cea care v-a adus aici, dar nu mai aveţi nevoie de vinovăţie pentru a începe să fiţi o mamă eficientă.»

Se scurseseră şaizeci de minute de când Joan şi Maura au pus capăt unicei şedinţe de EMDR în care trebuia pusă sub semnul întrebării dispariţia lui Shannon. Joan vedea schimbările la Maura, ea auzea schimbările în vocea ei când vorbea despre fratele pe care-l pierduse. Maura era deja din ce în ce mai veselă, mai fericită. Dar cea care urma să profite cel mai mult în urma rezultatelor şedinţei, Joan ştia bine, era Ashley, fetiţa disperată, furioasă, singuratică, a cărei mamă îşi pusese în sfârşit inima pe făgaşul cel bun.

Săptămâna viitoare (era sfârşitul lui ianuarie), Joan o întâlnea pe Ashley pentru prima dată. Ea a văzut o fetiţă cu părul blond, foarte drăguţă şi foarte nefericită. Când au rămas singure, Joan se prezentă şi o invită pe Ashley să se aşeze la joc cu ea. Ashley se lăsă să cadă şi-şi plimbă privirea în jur, ca şi cum ar fi făcut inventarul. Sala de joacă deborda de jucării de plastic strălucitoare, de cutii cu culori, de lut, de animale din pluş, de cuburi de lemn şi de păpuşi.

Pentru Joan, această primă întâlnire cu Ashley avea să fie memorabilă. «A fost o oră de coşmar, povesteşte ea. Ashley privea tot prin încăpere. Tot. Lua lut, îl spărgea, zicea: „E un nimic". Ea zicea: „Vreau apă". I-am dat apă. Ea mai spuse: „Nu mai vreau". A luat o păpuşă. A îmbrăcat-o. A dezbrăcat-o. Spunea: „E nimic". Începu un joc. Zicea: „Jocul acesta nu e interesant". A vrut s-o vadă pe mama sa. Apoi n-a mai vrut. A început o pictură. A aruncat-o. A început alta. A rupt-o. Nu se juca cu adevărat; făcea ceva cu un joc şi trecea la următorul. Nu prea ştiam ce se întâmplă, dar pe parcursul primei ore am început să întrevăd ceea ce se afla în pielea lui Ashley. Pentru ea, nimic în lume nu era suficient. Totul o dezamăgea. Era ca şi cum ar fi spus: „Eu dezamăgesc pe toată lumea. Eu nu ştiu să fac nimic. Nimic nu are sens". Asta părea a fi Ashley. Era oribil.» Nu era nimic uimitor în dificultăţile pe care i le provocase toată lumea.

Din cauza incapacităţii lui Ashley de a stabili legături cu alţii sau a avea încredere în cineva, Joan ştia că trebuia să-i consacre un timp considerabil pentru a crea cu ea o relaţie unde micuţa putea să se simtă în siguranţă. Această senzaţie de securitate este esenţială în EMDR, ca în toate formele de terapie. Cât nu se simţea încă în securitate, Ashley nu putea să înveţe de la Joan aceste competenţe care îi aduceau atât de crâncene neajunsuri: a crea o legătură, să aibă grijă de lucruri, să fie atentă cu ceilalţi. Această terapie EMDR nu va fi nici rapidă, nici uşoară. Ashley nu suferea în urma unui traumatism unic, ca Davy. Nu era nici un adult care trăise o multitudine de experienţe, pe care Joan ar fi putut să le utilizeze ca alternative pozitive. Trebuia să-i ofere lui Ashley un model de acţiune şi de relaţii pe care ea le cunoscuse toată viaţa. Trebuia să-i furnizeze exemple care existau în universul guvernat de legea cauzei şi efectului, în care ea însăşi era ceva unic şi important, trebuia să găsească moduri de exprimare care ar fi dus-o spre relaţii fericite, şi ea va putea să iubească şi să fie iubită cu totul în siguranţă. Până când ea va dobândi ideea unei alternative pozitive, atitudinile sale negative şi

disfuncționale aveau să conserve o puternică influență; ea nu avea informații pozitive și adaptate din care să se inspire.

În cursul celei de a doua ședințe, Ashley a început să facă picturi una după alta, fără să meargă de fiecare dată mai departe de un simplu cerc pentru cap înainte de a declara: «E un nimic», și să le arunce.

În timpul celei de-a doua ședințe, Ashley a vrut să facă păpușile să pară că erau niște bebeluși care plângeau, și îi ceru lui Joan să scoată gemete: Joan se execută. Să-i facă pe bebeluși să plângă mai mult pentru Ashley. Ea nu se mai confruntase niciodată înainte cu o veritabilă activitate de joc, dar acum nu era chiar un joc veritabil, unde copilul construiește povești în jurul personajelor și scene pe care le inventează. În acel moment, Ashley era încă disociată, decuplată de la toate emoțiile constructive. Ea a putut să asculte povești sau să vadă la televizor familii fericite, dar asta nu o privea pe ea. Ea era obligată să-i ceară Joanei să imite plânsetele bebelușilor și să fie drăguța lor mamă. În această ședință, ca în cele precedente, Ashley era în poziția de observatoare; ea nu consola bebelușii, ea nici nu se făcea că îi consolează.

La sfârșitul lui februarie, Joan îi dădu lui Ashley reviste spunându-i că poate să le decupeze pentru a face un colaj. Copilul decupă o imagine reprezentând o mamă cu un copil în brațe. Apoi decupă mama și o tăie în bucăți mici, spunând: «Detest mamele. Bebelușul e mulțumit să fie singur, pentru că poate să facă ce vrea el.»

În martie, Ashley vru să se joace din nou de-a bebelușii și îi ceru Joanei să fie bebelușul care începe să plângă. Jan făcu: «Ouiiiinnnn ! » Ashley o privi în față și o lăsă să plângă. Apoi anunță că pleacă la o reuniune. Joan se agită cu furie și se arătă tulburată că mama ei nu vine să o consoleze. Ashley o observa cu interes.

Fusese prima etapă a eforturilor lui Joan de a o aduce pe Ashley să descopere relații foarte diferite ale exemplului disociat sau brutal oferit de cuplul părinților săi. Pentru început, Joan îi arătă lui Ashley că e sănătos să fie furioasă și să-și exprime sentimentele. În ședințele următoare, îi propuse lui Ashley noi moduri de exprimare a fricii, tristeții sau vinovăției și se puse la punct pentru ca fetița să poată vedea emoțiile altcuiva pentru prima dată. A învățat-o pe Maura să nu arate niciodată emoțiile sale «rele» copiilor săi. Numai pe parcursul jocurilor sau punerilor în scenă, în confortul unei relații sigure în care Ashley putea să intre gradual în contact cu emoțiile ei dureroase și să le exprime fără să manifeste violență.

Săptămâna următoare, Ashley începu să se joace puțin. Ea și Joan desenau pe rând, fiecare făcând semne cu creioane de culori diferite, când Ashley întrebă: «Ce o să mi se întâmple dacă mama mă așteaptă ?» În loc de răspuns, Joan întrebă la rândul ei: «Ce te-a apucat ?» Ashley răspunse: «O să mor.» Pentru Joan, acest răspuns rezuma situația de abandon și de carența legăturii cu mama sa pe care Ashley o cunoscuse când era bebeluș. La un nivel elementar, era o impresie absolut valabilă. Toți bebelușii, la orice specie de mamifere, au nevoie de îngrijirea și de protecția unui părinte atent, fără de care ar muri.

În aprilie, Ashley începu să se joace. S-a arătat interesată să învețe să se joace respectând regulile. Asta îi dădu lui Joan o rază de speranță: Ashley voia «să facă bine». În sfârșit, Ashley îi făcu lui Joan niște mame-stele mari și bebeluși-stele mici din plastilină roz. Când termină, Ashley declară că iubea bebelușii și detesta mamele, și distruse mamele-stele. Joan așteptă ca mamele-stele și bebelușii-stele să reapară în jocul lui Ashley, ceea ce arată că ele constituiau simboluri importante pentru ea. Luând

stelele ca punct focal, Joan a decis că era timpul să înceapă EMDR. Până atunci, Joan consacrase în jur de trei luni pentru a stabili cu Ashley o relaţie destul de solidă pentru ca ele să poată practica EMDR împreună. EMDR dă superbe rezultate cu copiii, cu efecte rapide, dar trebuie utilizată în contextul unei relaţii terapeutice constructive şi liniştitoare. EMDR poate evoca emoţii intense, şi clientul, care are patru ani sau patruzeci, trebuie să poată lucra cu cineva care îi «asigură spatele», un climat sigur, stabil, protector, începând de la care el poate risca incursiuni în puternicul teritoriu al emoţiilor lor, şi asupra cărora nu putea să se replieze. Dacă această securitate era uşor de trăit pentru Davy, Ashley avea toate piedicile din lume pentru a ajunge acolo. Principiul constă în construirea unei relaţii pozitive şi adaptate pentru ca Ashley să poată să se conecteze, înainte de a începe tratamentul EMDR.

La începutul lunii mai, Ashley îi ceru Joanei să refacă mamele-stele şi bebeluşii-stele. Înainte să o facă, Joan, fără să spună nimic, luă o mamă-stea şi începu simplu să plimbe steaua de la stânga la dreapta la treizeci de centimetri de faţa lui Ashley. Ashley privi steaua de aproape pentru un moment, apoi o trase şi o strivi. În şedinţele următoare, Ashley petrecu mult timp învăţând să deseneze stele. Ea umplea foi după foi, era foarte mândră de noua ei competenţă.

În continuarea terapiei lui Ashley, Joan începu să alterneze şedinţele EMDR şi şedinţele de terapie clasică prin joc: ea se folosea de diferite personaje, jucării sau forme din lut pentru a reprezenta dificultăţile importante din viaţa lui Ashley. La niveluri diferite, Ashley învăţa să asocieze aceste obiecte cu situaţii particulare, ca relaţiile complicate cu mama şi cu fratele său, cu propria copilărie plină de carenţe şi alte situaţii de abandon şi respingere. Când asociaţia era făcută, Joan putea să se folosească de obiecte pentru a stimula trăirile blocate care cauzau tulburările de comportament ale lui Ashley.

Utilizând diferite obiecte şi acele simboluri ca puncte focale în timpul EMDR, Joan crea o legătură între conştiinţa lui Ashley şi împrejurarea în care informaţiile importante erau înmagazinate în creierul său. De exemplu, când Joan luă un simbol ca steaua mare, care o reprezenta pe mama lui Ashley, determină copilul să facă mişcări oculare, teoretic, aceasta avea ca efect terapeutic crearea unei legături între o zonă disfuncţională (relaţia cu mama sa) şi sistemul înnăscut de tratament al informaţiilor al lui Ashley.

De-a lungul timpului, graţie relaţiilor de încredere pe care le crease Joan cu Ashley, apoi între simbol şi problemă, ceea ce autoriza travaliul de elaborare al EMDR, Ashley era din ce în ce mai calmă şi receptivă. Această receptivitate permitea stabilirea de legături importante, astfel încât una câte una zonele primitive în care copilul suferă să poată fi abordate.

La mijlocul lui mai, Ashley îi ceru lui Joan să-i facă mame-raţe şi bebeluşi-raţe din plastilină. Joan se execută. Ashley privi atent rezultatul, dar nu strivi mamele-raţe. Avea trei luni şi jumătate de terapie cu Joan care făcuse cu ea o şedinţă adaptată de EMDR.

La puţin timp după, în cursul unei întâlniri cu mama sa, Maura povesti că Ashley era puţin mai bine acasă şi începu să întrebe: «Pot să te ajut, mamă ?» «Pe moment, se poate spune aproape că ea *mă iubeşte*», adăugă Maura, surprinsă şi încurcată.

În iulie, Ashley o uimi pe Joan cerându-i să-i facă un câine din plastilină. Joan amintindu-şi câţi copii erau îngroziţi de câini, se puse pe lucru imediat. Joan a făcut

capul şi corpul şi i-a cerut lui Ashley să mai aducă plastilină. Imediat ce toate bucăţile au fost asamblate pentru a forma un câine întreg, Ashley l-a aplatizat cu o lovitură de pumn. Au făcut alt cățel. Ashley l-a aplatizat din nou. Au făcut un al treilea, pe care Joan l-a pus la înălţimea ochilor lui Ashley. Atunci, coordonând cuvintele cu mişcările, Joan a făcut câinele să sară de la stânga la dreapta psalmodiind: «Este ... bine ... de ... ales ... dacă ... ne ... jucăm ... cu ... cățelul ... sau ... nu ... Este ... bine ... de ... ales ... dacă ... ne ... jucăm ... cu ... cățelul ... sau ... nu ...» Ashley observa, cu ochii măriţi, înfipţi în figurina de plastilină care trecea încoace şi încolo în faţa ochilor săi [12]. Când Joan se opri, Ashley zdrobi câinele. Mai târziu, în timpul şedinţei, scrise pe tablă: «O iubesc pe mama. Mama, Nu, Nu, Nu.»

A oferi astfel o declaraţie pozitivă particulară (o facem în general înaintea secvenţei de mişcări oculare) este o altă formă de ţesut cognitiv. Vom vedea, acest ţesut nu a fost cauzat de profundă schimbare imediat la Ashley. În teorie, ne putem gândi că el efectiv serveşte la deschiderea reţelei mnezice care conţinea frica de câini la Ashley, ceea ce a avut ca rezultat schimbările durabile care s-au produs în comportamentul său după această şedinţă.

Câteva săptămâni mai târziu, Ashley descoperi intrând în sala de joc a Joanei un joc numit Cablage Patch Kids *. Era un platou colorat strălucitor, cu multe destinaţii: o mină abandonată, un spital etc. Piesele jocului erau mici discuri reprezentând feţele diferiţilor bebeluşi din Careul de varză: unii trişti, alţii fericiţi, alţii foarte furioşi. Se joacă făcând un indicator să se învârtă şi urmărind la ce personaj se opreşte. Unul dintre personaje, de exemplu, ia bebeluşii şi îi duce în mina abandonată; altul îi salvează şi îi transportă de urgenţă la spital. Dacă se cade sub o barză trebuie adoptat un alt copil.

Când Ashley începu să se joace, Joan vorbea în locul bebeluşilor din Careu. «O, nu ! De ce ne-au abandonat în mina asta sumbră şi rece ? Am fost rele ? sau urâte ? sau nebune ? Ne detestă ?» La sfârşitul jocului, Ashley «adoptase» şase bebeluşi, cinci furioşi şi unul fericit.

«Poţi să ţii bebeluşii ?» o întrebă Joan adunând discurile lui Ashley. Ea îi făcu semn că da. «Bine. Pune mâinile. Iată. Acum, punem un copil furios aici», spuse Joan punând un disc urât şi uzat în palma stângă a fetiţei. «Şi punem un alt copil furios aici în cealaltă mână. De acord ? Bun. Acum, o să vezi, eu am copilul fericit aici, în mâna mea.» Ashley urmărea avidă operaţiile. Apoi, Joan folosi copilul fericit pentru a bate întâi mâna stângă apoi mâna dreaptă a lui Ashley, zicând, în ritm cu mişcările: «Acum ... tu ... nu ... rişti ... nimic ... şi ... tu ... vei ... fi ... bine ... tu ... poţi ... să ... te ... simţi ... tristă ... sau ... nebună ... de ... turbare ... şi ... în ... acelaşi ... timp ... tu ... vei ... fi ... bine ... acum ... tu ... nu ... rişti ... nimic ... şi ... tu ... vei ... fi ... bine.» Era cogniţia pozitivă pe care Joan o pregătise pentru Ashley; acest joc era un vector perfect pentru a i-o comunica.

La 30 august, Joan era la uşa biroului său şi schimba câteva cuvinte cu Maura, când o văzu pe Ashley făcându-l pe fratele ei să cadă împingându-l. În timp ce Charlie încerca să se ridice, Ashley îl împinse iar. Câteva minute mai târziu, la începutul şedinţei, Ashley luă o păpuşă-băiat şi o vârî în mâinile Joanei. Apoi luă o păpuşă-fetiţă şi spuse jubilând: «Ea îl detestă pe băieţel !» Apoi, luă un telefon vechi pe care Joan îl păstra drept jucărie şi-l folosi ca să bată păpuşa-băiat. Luă apoi păpuşa-băiat, o izbi

* «Bebeluşii careului de varză» (N.d.T.)

între două bucăţi dintr-o tablă de Scrabble şi aruncă totul în zbor de-a lungul încăperii. Joan o văzuse de multe ori pe Ashley furioasă, dar azi, i se părea altceva: copilul voia să omoare.

În sfârşit, turbarea lui Ashley se calmă şi prinse o altă păpuşă. Îi spuse Joanei că era tata. El tocmai se întorcea, şi totul era bine. Se vedea iar aici interacţiunea înnăscut-dobândit. Că tatăl care o abandonase îi era indispensabil sau maltratant, nu avea nicio importanţă. Nevoia, dorinţa de a avea dragostea tatălui o ducea peste tot. Charlie, fratele său, servise drept ţap ispăşitor atât cât durerea lui Ashley nu era vindecată.

Joan îi ceru lui Ashley să ţină păpuşa-fetiţă într-o mână şi păpuşa-băiat în cealaltă. Ashley se supuse. Joan luă apoi păpuşa-tată (care captivă dintr-o dată atenţia lui Ashley) şi începu o versiune a jocului bătăilor cel pe care îl jucaseră cu bebeluşii Careului de varză. «Această ... păpuşă ... tată ... vrea ... să ... te ... înveţe ... câteva ... lucruri ... e ... bine ... de ... împărtăşit ... tu ... poţi ... continua ... să ... simţi ... lucrurile ... şi ... să ... le ... împărtăşeşti.» Jocul bătăilor a durat mai puţin de un minut, poate timpul a cinci sau şase repetiţii ale cogniţiei pozitive pe care Joan a ales-o. Ashley nu spunea nimic, dar puţin mai târziu în aceeaşi şedinţă, ea căsători păpuşa-fetiţă cu păpuşa-băiat.

Pe parcursul lunilor, Joan a continuat cu greutate să dezamorsese experienţele anterioare şi să ţească noi fire în tapiseria credinţei lui Ashley: că era bine să ai încredere în alţii, să exprimi emoţiile, să stabileşti contacte fără să răneşti, fără să fii rănit. Şi mai mult, Joan îi oferise lui Ashley acceptarea ei iubitoare şi urmărise travaliul său de asociere între credinţe, emoţii pozitive şi jucării în cursul şedinţelor de tratament EMDR.

La mijlocul lui septembrie, Ashley s-a întors la grădiniţă. Joan şi Maura au decis că era mai bine pentru ea să repete clasa, pentru că avea o educatoare excelentă şi ratase multe lecţii din cauza comportamentului coleric şi imprevizibil.

La începutul lui noiembrie, atunci când Joan avea cam zece luni de când o primise pe Ashley, începu să remarce o netă schimbare în comportamentul copilului. Timp de o şedinţă, Ashley a stat liniştită timp de o oră întreagă. Ea respecta regulile jocurilor şi «o suna» pe Joan la telefon pentru a-i spune că e rândul ei la joc. Joan trebuia şi ea să «o sune».

Săptămânile următoare, Joan şi Ashley au început să se joace o versiune a jocului «Cucu !», în care Ashley se ascundea în raftul de jos al bibliotecii şi ieşind din câmpul vizual al lui Ashley, întreba cu voce tare: «Unde e Ashley ? Unde e Ashley ?» Joan nu introduse declaraţii pozitive particulare, cum se face în mod clasic în EMDR, ea se folosea pur şi simplu de atenţia alternantă a copilului pentru a-i confirma că există.

Tot în această perioadă Joan începu să vorbească cu Ashley despre faptul că, înainte de naşterea lor, chiar înainte ca cineva să îi poată vedea, bebeluşii sunt acolo, în pântecul mamei lor. Ashley a fost încântată de această informaţie şi a cerut să o mai audă la următoarea repriză. Joan îşi aminteşte: «Am vrut să-i transmit mesajul că ea fusese aşteptată. Ashley avea o senzaţie de vid, impresia că nu a fost niciodată dorită, niciodată iubită, probabil că ea nu trebuia să existe. În jocul „Cucu !" sensul implicit al întrebării: „Unde este Ashley ?" şi apoi găsirea ei, era de a-i spune: „Te văd. Tu eşti acolo. Tu exişti".»

În decembrie, a fost nevoie să i se scoată polipii lui Ashley. Joan s-a pregătit să aibă o conversație cu Maura înainte de operație. «Vă mai amintiți că mi-ați povestit faptul că nu ați fost cu adevărat prezentă pentru Ashley atunci când s-a născut ?» întrebă Joan. «Iată o nouă ocazie ! Aş vrea ca dumneavoastră să o răsfățați din plin înainte şi după operație. Rămâneți cu ea până în momentul în care o vor adormi, fiți acolo când ea se va trezi. Când copiii ies dintr-o operație, ei redevin pentru un moment bebeluşi, şi este deci o ocazie perfectă de a reface naşterea puțin solitară a lui Ashley.» Ochii Maurei străluceau de interes. Joan continuă: «Veți avea ocazia să-i spuneți tot ce ați fi vrut să-i spuneți fără să o puteți face de când s-a născut.»

Când Joan o revăzu pe Maura, aceasta afişa un zâmbet mare. «Am făcut-o ! spuse ea râzând. Ashley era încântată ! A fost pur şi simplu super. Chiar am şocat chirurgii intrând ca o nebună chiar în mijlocul consultației pentru că auzisem o infirmieră spunând că o s-o ducă pe Ashley în sala de operații.»

În timpul primei şedințe ce a urmat operației, Ashley a făcut coroniţe, una pentru ea şi una pentru mama ei. În timp ce-şi punea coronița pe cap numindu-se ea însăşi «Prințesa Shannon», Joan o privi cu curiozitate. După cum ştia, Ashley nu aflase niciodată istoria frățiorului mamei sale.

Într-o zi, Maura o sună pe Joan să-i citească un comentariu din carnetul său şcolar: «Ashley a avut un al doilea an excelent. Sunt încântată să o văd atât de înfloritoare.»

Când Ashley a vrut să se joace cu baghete magice, ea şi Joan au confecționat câteva. Joan folosi o baghetă pentru a vorbi cu Ashley despre ce-şi dorea. Îi mai spuse că avea dreptul să aibă dorințe chiar dacă nu obținea mereu ceea ce cerea. La început, Ashley nu ştia nici măcar să-şi exprime o dorință, dar învață foarte repede.

«Îmi doresc să am un inel cu diamant ! declară Ashley.

—Vrei să spui, când vei fi mare ?

—Nu, acum.»

Joan îi făcu deci un inel «cu diamant» din hârtie, şi din când în când, în alte şedințe, ele foloseau bagheta magică pentru a practica EMDR în jurul ideilor şi emoțiilor care se iveau pe parcursul jocului dorințelor.

După Maura, lucrurile continuau să se amelioreze acasă. Ea nu mai avea nicicând frica de a fi abandonată de mama sa. Dar era încă îngrozită când vedea uşi închise. Maura a învățat să nu se mai închidă în camera ei când copiii erau dezlănțuiți, dar Ashley trebuia să mai lucreze emoțiile pe care aceste întâmplări le suscitau, chiar şi tristețea de a fi văzut uşa închizându-se în relația cu tatăl său. Apoi, într-o zi, Ashley, intrând în sala de joacă, se opri în uşă, întoarse semnul «Afară» cu «Înăuntru». Joan o observă zicându-şi că ar putea să încerce să facă o şedință de EMDR astăzi pentru fobia micuței pentru uşile închise. Ea se gândea la un cântec pentru copii care îi furniza un cadru bun de lucru.

«Ashley, tu ştii cântecul „Deschide-le, închide-le"?

—Nu.

—Uite cum e. Joan cântă încetişor: Deschide-le, închide-le. Dă-i o lovitură ! Deschide-le, închide-le. Pune-le pe genunchi !» Vocea lui Joan urca şi cobora urmând cele patru note ce compuneau melodia. Ea cânta mai multe versuri. Ashley urmări, apoi o acompanie când reuşi să prindă melodia.

«E foarte bine, Ashley. Acum, să vedem asta. Îţi aduci aminte de data când tu te-ai ascuns într-un colţişor sub tava de nisip ?» Ashley încuviinţă cu capul. «Vrei să ne întoarcem (acolo) ?»

Joan nu a terminat de pus întrebarea că Ashley se şi strecură în deschizătură sub masa rulantă pe care era o grămadă de nisip în miniatură. Se răsuci cu faţa spre Joan. Adora să se pună în acea ascunzătoare.

«Bine. Acum, acum o să ne jucăm.» Joan a luat o pernă mare ornată cu flori colorate, şi a început să cânte: «Deschide-le ... Închide-le ... Deschide-le ... Închide-le ...» Cântând cuvintele, făcea să treacă perna de la stânga la dreapta, acoperind şi descoperind deschizătura «grotei» în care se ascunse Ashley şi făcând corespondenţa mişcărilor sale cu cuvintele cântecului. Ea continuă să se ajute de cuvinte în invenţia sa.

— Deschide-le ... Închide-le ... Deschide-le ... Închide-le ... Tu ... nu ... rişti ... nimic ... acolo ...» Era altă versiune a jocului lor «Cucu !» Joan spera că acesta va deschide zona care o ţinea pe Ashley în frica uşilor care se închideau. Joan presupuse că această frică avea ca origine abandonul lui Ashley de către tatăl său, dar nu putea să aibă încă această certitudine.

Văzând rezultatul pe care l-a obţinut, nu mai conta. Ashley şi Joan jucară „Deschide-le, închide-le" cu multă plăcere pentru puţin timp, apoi au trecut la altceva. Maura îi relatase mai târziu că Ashley nu mai avea probleme cu închiderea uşilor.

În mai, educatoarea de la grădiniţa lui Ashley îi spuse Joanei, în timpul unei convorbiri telefonice, că Ashley avea mai multă siguranţă, că făcea exerciţiile bine şi avea colege bune. «Ea încă se mai ceartă cu colegii, adăugă educatoarea, dar cred că o face pentru că se simte destul de în siguranţă pentru a arăta când nu este de acord. Are un aer foarte fericit.»

Pe 14 iunie 1994, Ashley a făcut o carte. Joan scria textul după dictare. «Îmi place mult să-mi dau silinţa cu Joan, îmi place să mă joc cu Barbie şi cu Joan, şi îmi place să colorez cu Joan, şi îmi place să merg la piscină cu Joan, şi îmi place să merg la Disneyland cu Joan.» Joan scria cu grijă cuvintele pe care le dicta Ashley. Era impresionată şi încântată: Ashley era acum capabilă să-şi dovedească dragostea şi să o exprime, şi, judecând după faptul că o parte din istoria lui Ashley era complet imaginară, ea învăţase din plin să stăpânească arta de a-şi pune dorinţe. Joan îşi spuse că şi ea se bucura mereu jucându-se cu Ashley.

Maura, care a mers şi ea ca să vadă un psiholog, spunea că acasă Ashley accepta să o privească în ochi. Ea îi permitea mamei sale şi să o atingă. Când Maura citea o poveste, Ashley venea şi se aşeza pe genunchii ei. Îi plăceau mângâierile şi cerea îmbrăţişări şi să fie luată în braţe. Încă mai era rivalitate fraternă între ea şi Charlie, dar o rivalitate normală: Ashley nu-l mai trântea jos din pat şi nu-i mai făcea vânătăi. Fobia pentru uşi care se închid dispăruse şi groaza extremă pentru câini devenise o simplă prudenţă. Recent, Ashley chiar petrecuse o noapte la mătuşa ei şi îi permisese dogului lor să doarmă lângă patul ei.

Maura Sullivan e uimită încă şi azi de schimbările pe care le-a văzut petrecându-se cu Ashley şi cu ea însăşi.

«Sunt foarte fericită că am putut să găsesc ajutor. Am pornit de la o situaţia tristă, complet disperată, cu care mă zbăteam singură, şi am ajuns într-o situaţie în care este multă dragoste între noi. Suntem o familie fericită.»

«Shannon îmi lipseşte mereu, EMDR nu mi-a luat asta, dar terapia m-a ajutat să nu mai fiu stânjenită de acest sentiment când mă ocup de Ashley. Mă temeam să o iubesc pe Ashley pentru că îmi era teamă să o pierd aşa cum l-am pierdut pe Shannon. Nu mi-am dat seama că mă îndepărtam de fiica mea. Dar Ashley o simţea, şi în mod sigur acesta era motivul esenţial al dificultăţilor sale de a mă iubi, pentru că eu nu mi-am permis mie, să o iubesc.»

Se poate ca factorul principal al vindecării lui Ashley să fi fost decizia lui Joan de a lucra în primul rând cu mama copilului. Dacă Joan nu ar fi abordat dificultăţile Maurei, progresele pe care ar fi putut să le facă Ashley ar fi fost zadarnice. Fetiţa nu putea să intre în contact cu mama sa, ea nu beneficiase, pentru a-şi schimba comportamentul, de un mediu familial sigur şi iubitor.

«EMDR a deschis multe lucruri în mine, îşi aminteşte Maura. M-a încercat o pace interioară şi multe necazuri în acelaşi timp. Aveam nevoie să fiu cu Ashley, chiar dacă ea nu voia să fie cu mine. Eu nu m-am impus, m-am deschis spre ea şi am întrebat-o: „Ashley, vrei să vii să te aşezi alături de mine ? Vrei să-ţi citesc o poveste ? Vrei să te ajut să faci asta ?" La început, ea nu accepta schimbarea, dar puţin câte puţin a început să meargă bine. Acum, ea nu mă mai părăseşte, are timp să prindă din urmă. Şi ea a înflorit mult acum când ştie că o iubesc.»

În decembrie 1994, aproape după doi ani de la ziua tristă în care Ashley, la patru ani, aruncase o farfurie cu curcan în figura mamei sale în faţa întregii grădiniţe, clasa lui Ashley organiza un bufet de Crăciun şi invită părinţii. La sosire, Maura, puţin nervoasă, începu să ajute alte mămici să scoată tăvile fumegânde . Ridică ochii, alarmată, auzind pe cineva care se repezea venind spre ea. Era Ashley care venea în fuga mare strigând. «Vino, mamă, ne aşezăm la rând. Mi-e foame !» Maura simţi că i se umple inima de bucurie şi de recunoştinţă.

EMDR ajută clienţii şi terapeuţii să elimine deficitele cauzate de carenţele la nivelul preocupărilor şi atenţiei impuse de natura şi procesul filogenetic al supravieţuirii: iată ce relatează clinicienii care au lărgit utilizarea EMDR, la fel de bine de la adulţi la copii. Este important de amintit că procesul accelerat de tratament al informaţiei oferit de EMDR arată într-adevăr că antrenarea se face mai rapid. EMDR ajută la reducerea consecinţelor maltratării şi permite achiziţionarea de noi competenţe şi de noi comportamente adaptate, în cadrul mijloacelor permisie oferite de relaţia clinică. Totuşi, este la fel de evident că toate cazurile de tulburări de ataşament nu sunt cauzate de o istorie personală de carenţe şi de rupturi apărute la începutul vieţii individului, şi tratamentul lor nu are motive să dureze atât de mult timp ca la Ashley.

Este cazul lui Todd Long, un băiat de paisprezece ani, care suferea de o tulburare de ataşament clasică: el refuza contactul vizual, detesta să fie atins sau să fie ţinut; trăia repliat pe el însuşi şi evita pe cât posibil raporturile cu ceilalţi. Când terapeutul său a utilizat EMDR pentru a ţinti furia lui Todd împotriva părinţilor, băiatul şi-a amintit un incident survenit când el avea trei sau patru ani. Se simţea extrem de rău pentru că părinţii săi îl lăsaseră într-un cămin de zi pentru copii. Ca urmare, în următorii zece ani, el renunţă la toate contactele cu ceilalţi. Dar îşi mai amintea şi că el a fost cel care a ales să fie lăsat în acel cămin de zi mai curând decât să-i însoţească pe părinţi. În această vreme, totuşi, Todd a avut o mare teamă că părinţii nu vor veni să-l caute. Poate că această teamă a fost declanşată de ideea că el însuşi şi-a «abandonat» părinţii şi că ei îl vor abandona la rândul lor.

Elaborarea acestei amintiri pare să fi făcut să se schimbe complet atitudinea şi comportamentul lui Todd. Părinţii săi spuneau: «Nu mai poate să ne părăsească. Ne priveşte acum, se aşează alături de noi, ne atinge, vrea să-l luăm în braţe. Schimbarea e incredibilă !»

Bineînţeles, multe tulburări de ataşament sunt legate de pierderea unui părinte, de multiple investiri sau de griji precoce de om slab. Dar uneori, se observă că unele lucruri pe care nu le credeam tulburătoare au traumatizat totuşi un copil. Milioane de copii merg la cămin în fiecare zi fără nicio dificultate, dar pentru Todd era un traumatism pe care nu a putut niciodată să-l surmonteze până în momentul când a elaborat frica, blocată în el, de a fi abandonat, şi şi-a amintit că el a fost cel care a făcut alegerea de a rămâne la cămin. Uneori, nu e atât de greu ca aici.

Că tratamentul EMDR durează trei şedinţe pentru un copil care în aparenţă are o personalitate solidă, sau trei ani pentru un copil care are nevoie să construiască un nou sens al realităţii bucată cu bucată, sau nu contează ce altă durată intermediară, nu are importanţă. Important este că vindecarea poate fi obţinută: se începe mai curând, mai curând poate să înceapă viaţa pentru un copil.

NOTE

---

[1] A. Anastasi, «Heredity, environment, and the question: „How ?"», *Psychological Rewiew*, 65, 1958, p.197-208.
L. Eisenberg, «The social construction of the human brain», *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995, p. 1563-1575.

[2] E. J. Kallman, *The Genetics of Schizophrenia*, New York, Augustin, 1938.
E. J. Kallman, «The genetic theory of Schizophrenia: An analysis of 691 schizophrenic twin index families, *American Journal of Psychiatry*,103, 1946, p. 309-322.

[3] În marea lor majoritate, persoanele care devin schizofrene nu au membri apropiaţi în familie care prezintă această tulburare. În plus, dacă factori genetici sunt complet responsabili de schizofrenie, se găseşte un raport de corelaţie ridicat la gemenii homozigoţi (adică, dacă unul dintre gemeni era, celălalt va fi şi el). Chiar dacă raportul de corelaţie ar fi mai ridicat la gemenii homozigoţi decât la populaţia generală sau la gemenii heterozigoţi este totuşi inferior lui 30%: alţi factori decât ereditatea sunt evident implicaţi.
M. L. Kohn, «Social class and schizophrenia: A critical review and a reformulation», *Schizophrenia Bulletin*, 7, 1973, p. 60-79.
D. Rosenthal, «The heredity-environemet issue in schizophrenia: Summary of the conference and present state of our knowledge», *în*
D. Rosenthal, S. S. Kety (dir.), *The Transmission of Schizophrenia*, Oxford, Pergamon Press, 1968.

[4] A. J. Sameroff, R. Seifer şi M. Zax, «Early development of children at risk for emotional disorder», *Monographs of the Society for Research in Child development*, 47, 7, Chicago, University of Chicago Press, 1982.

[5] Informațiile că EMDR a permis punerea în ordine puteau să ajute la a răspunde unei importante întrebări puse de dr. Erlenmeyer-Kimling la conferința pentru transmiterea schizofreniei din 1968: «Care sunt tipurile de factori ai mediului care declanşează manifestările bolii la indivizi al căror genotip îi fac mai vulnerabili, şi de ce au ei o anumită importanță, în plan psihologic ?»

[6] A. J. DeCasper, M. J. Spence, «Prenatal maternal speech influences newborns' perceptions of speech sounnds», *Infant Behavior and Development*, 9, 1968, p. 133-150. Mediul intra-uterin poate să aibă efect direct şi asupra motivației şi comportamentului; s-a arătat de exemplu că nou-născuții francezi sug mai puternic auzind franceza mai curând decât altă limbă. J. Mehler, P. W. Jusczyk, G. Lambertz, «A precursor to language development in young infants», *Cognition*, 291, 1988, p. 143-178.

[7] O parte din susceptibilitatea sa în legătură cu stresul rezultă poate dintr-o sensibilitate crescută la anumite condiții de mediu, din cauza efectelor alcoolului asupra foetusului

[8] S. H. Dinwiddle, C. R. Cloninger, «Family and adoption studies in alcoolism and drug addiction», *Psychiatric Annals*, 21, 1991, p. 206-214.
K. S. Kendler, A. C. Heath, M. C. Neale, R. C. Kessler, L. J. Eaves, A population-based twin study of alcoholism in women», *Journal of the American Medical Association*, 2681, 1992, p. 1877-1882.

[9] A. J. Sameroff, R. Seifer şi M. Zax, «Early development of children at risk for emotional disorder», *op cit.*

[10] D. M. Bullard. H. H. Glaser, M. C. Heagarty, E. C. Pivcheck, «Failure to thrive in the neglected child», *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 1967, p. 680-690.

[11] D. Calof, «Self-injurios behavior: Treatment strategies», articol prezentat la a IV-a conferință anuală a Regiunii de Est despre maltratare şi personalități multiple, Alexandria (Virginia), iunie, 1992.

[12] Chiar dacă, în acest caz, Joan îi adresă lui Ashley o afirmație în acelaşi timp în care făcea mişcări oculare, nu este vorba de hipnoză. În timpul unei hipnoze, EEG arată o creştere a sugestibilității undelor alfa, beta şi theta, ceea ce s-a raportat la creşterea sugestibilității. Pe scenă, hipnotizatorii sunt capabili să-l facă să latre ca un câine pe câte unul sau să se comporte ca o găină. Reciproc, înregistrările EEG, pe parcursul unei şedințe de terapie EMDR, nu arată aceste caracteristici ale undelor cerebrale. Undele cerebrale ale clienților, în EMDR, se găsesc în parametrii normali ai stării de veghe. În EMDR, persoana rămâne complet conştientă, şi efectiv este mai puțin sugestibilă decât în mod obişnuit la informațiile care nu sunt exacte. Afirmația lui Joan era adevărată. Dacă ar fi fost altfel, Ashley s-ar fi simțit rău şi ar fi respins-o. Relatările terapeuților despre mii de clienți pe timp de şapte ani o arată fără excepție: EMDR nu interferă cu credințele şi emoțiile adaptate, şi nu face persoana tratată să creadă ceva greşit.

8

A vindeca ravagiile violului

«În mijlocul iernii, am descoperit în mine o vară de neînvins.»

Albert CAMUS

De-a lungul anilor, lucrând cu EMDR, mi-am dat seama că în tratamentul victimelor violului suferind de sindrom de stres post-traumatic este cel mai eficient mod global. După exemplul veteranilor de război, victimele violului dezvoltă des o «reacție în lanț» de simptome, care merg de la emoții, gânduri şi comportament negative până la senzații corporale recurente. Aceasta pentru că ea tratează global cele patru tipuri de repercusiuni pentru care EMDR este atât de eficientă pentru a ajuta victimele violului să se vindece de trăirile lor traumatice.

În epoca noastră luminoasă, recunoaştem efectele devastatoare ale violențelor sexuale. Înainte de anii '70, totuşi, comunitatea psihoterapeuților ignora mult victimele violului; se făceau mai curând cercetări asupra violatorilor. În afara urgențelor spitaliceşti, nu existau tratamente pentru victimele violului. La nivel social, atitudinea cea mai curentă consta în a spune că victimele violului erau într-un fel sau altul blamate pentru agresiune, şi că toate dificultățile după viol erau în raport cu problemele personale preexistente [1].

Trebuia să se aştepte instaurarea mişcării feministe la începutul anilor '70 astfel încât comunitatea terapeuților să înceapă să se intereseze cu privire la repercusiunile emoționale ale violului şi tratamentul lor. Interviurile cu victimele violului, cu detaliile pe care le relatau, începeau prin a trezi un interes pentru consecințele psihice ale violului. Se numea *sindrom traumatic de viol* această reacție caracteristică, şi investigații serioase au fost lansate asupra efectelor particulare ale violului [2].

Am notat mai sus, din cauza afluxului de veterani ai războiului din Vietnam în suferință, s-a căpătat în plus conştiința faptului că traumatismele provocau reacții. Clinicienii au început să descrie simptomele violului cam în aceeaşi termeni în care descriau simptomele de stres post traumatic ale veteranilor. În fine, în 1980, violul a fost recunoscut oficial ca o cauză potențială de sindrom de stres post-traumatic în a treia

ediție a «bibliei» terapeuților, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* * [3] În ciuda acestei aparente avansări în recunoaşterea violului ca o cauză gravă de dificultăți psihologice, primele studii controlate asupra modului de tratare eficientă a victimelor violului nu trebuia să apară înainte de a mai trece încă doisprezece ani [4].

Astăzi, cei ce au suferit un abuz sexual formează majoritatea victimelor sindromului de stres post-traumatic. Chiar dacă, după unele estimări, între o cincime şi jumătate din toate victimele violului depuneau plângere, s-a notat o recrudescență a agresiunilor. În anii '80, se estima că între 5 şi 22% din populația feminină, în statele Unite, fusese victima unui viol [5]. Zece ani mai târziu, un studiu arăta că între 24 şi 53% dintre femei, într-un eşantion curent, spuneau că au suportat o agresiune sexuală [6]. Oricare ar fi frecvența lor, efectele agresiunilor sexuale sunt devastatoare. Un studiu indica faptul că 20% dintre victimele violului declarate în 1984 făcuseră o tentativă de sinucidere, şi studii recente au arătat că o proporție extrem de mare de femei, între 80 şi 97%, dezvoltau simptome de sindrom de stres post-traumatic după un viol [7].

Dacă agresiunile verbale, emoționale sau fizice lasă fără îndoială semne la victimele lor, este dificil de imaginat la multe femei o violare mai rea decât agresiunea sexuală. Pentru a se simți în siguranță şi a avea granițe solide cu ceilalți, trebuie în general să ai senzația unei distanțe fizice suficiente cu ele. Se simt rău atunci când un străin se ține prea aproape la coadă sau într-un magazin. Pielea este o frontieră care ne dă senzația de a fi un individ fizic distinct. În consecință, nu poate fi de mirare că o penetrare prin violență în *propriul său corp* poate fi o experiență intolerabilă pentru aproape oricine.

Când o femeie a suferit un eveniment atât de înspăimântător ca un viol, starea fiziologică care îi era proprie în acel moment se poate găsi blocată în ea. Poate să aibă gânduri obsedante care revin fără încetare despre agresiune, cu impresii de dezgust şi de teroare. După exemplul sindromului de stres post-traumatic provocat la veterani, violul generează o reacție de frică ce se manifestă sub forma simptomelor intruzive (flash-back, coşmaruri, ruminații în jurul violului, crize de angoasă), comportamente de evitare a tot ceea ce poate evoca agresiunea în planul situației sau în planul psihologic (mergând de la izolarea socială, la lipsa de afectivitate sau conduite toxicomaniace), şi un comportament hiperactiv (insomnie, hipervigilență, reacții de spaimă care nu cedează cu trecerea timpului).

Uneori, această reacție de frică specifică la un eveniment se poate generaliza într-o frică de a fi atacată în sens larg. Femeile care au fost violate de un necunoscut pot fi înspăimântate de toți bărbații pe care ele nu îi cunosc bine, atunci când femeile au fost violate de cel cu care au avut o întâlnire încep în general să se teamă de toți prietenii lor masculini. De-a lungul timpului, asta le poate face să trăiască aproape complet izolate: o femeie care a fost violată rămâne astfel închisă în casă, în spatele unei uşi blindate, cu câinele său de pază, şi nu va ieşi decât pentru a merge la serviciu. Când o femeie a fost violată într-un loc pe care până atunci îl considera absolut sigur, ca parcarea de după colț sau spălătoria din cartier, ea începe să se îndoiască de ea însăşi şi de propriile percepții. Acele femei au mereu impresia că singura posibilitate care le-a mai rămas este să se ascundă.

---

* Numit în Franța DSM, acest manual american de diagnostic şi de statistică psihiatrică este la a IV-a sa ediție (DSM IV, publicată în 1994) (N.d.T.)

Am văzut rezultatele EMDR la victimele violului, şi ştiu că multe dintre aceste victime continuă să sufere fără a fi necesar. Fără tratament adaptat, sechelele unui viol pot dura ani. Studiile arată că între 33 şi 63% dintre victimele care nu au fost tratate continuă să sufere simptome de stres post-traumatic atât de violente că le împiedică să ducă o viaţă normală [8]. Viaţa socială a femeii, eficienţa la serviciu, capacităţile de mamă sunt perturbate. Este imposibil pentru o femeie să rămână psihologic echilibrată şi concentrată pe ceea ce face când este fizic condiţionată să fie în continuu cu garda pusă şi să reacţioneze la mici stresuri prin frică sau anxietate. Şi mai tulburător: vindecarea spontană poate să se inverseze de-a lungul timpului [9]. Persoana se gândeşte că este eliberată de simptome, dar e pentru a se regăsi brusc prinsă din nou sub influenţa lor zdrobitoare.

Înaintea EMDR, principalul tratament oferit victimelor violului era un tip de terapie comportamentală numită *expunere*. Această abordare constă în mai multe tehnici diferite, ca cea pe care o numim imersiune. I se cere victimei să se gândească la cel mai rău moment al violului pe care l-a suferit şi să-l păstreze în minte, cu emoţiile violente pe care le suscită, pentru un timp considerabil, între 45 şi 90 de minute pe şedinţă, tratamentul putând fi de şapte sau cincisprezece şedinţe, ajutat şi de un antrenament prin imersiune acasă. Începutul este simplu pentru a putea suporta emoţiile şi senzaţiile corporale extreme care urmează. Dacă tratamentul reuşeşte, femeia nu va mai resimţi emoţii atât de violente şi de dureroase în jurul agresiunii. Mulţi terapeuţi, nenumăraţi, sunt reticenţi în a utiliza aceste tehnici de expunere. Lor le repugnă să prescrie victimei terorizate de un viol să rămână în contact în timpul unei lungi perioade cu cele mai rele momente ale agresiunii pe care au suferit-o.

Reticenţele sunt încă întărite de faptul că metoda, în pofida suferinţelor pe care ea le provoacă femeilor, nu garantează vindecarea. Singurul studiu controlat publicat despre tratamentele prin expunere aplicate victimelor violului arăta că 45% dintre subiecţi rămâneau până la sfârşitul studiului având încă simptome corespunzătoare unui diagnostic de sindrom de stres post-traumatic după şapte şedinţe de expunere prelungită şi de lucru înregistrat acasă [10]. Vom nota cuvintele «rămaşi până la sfârşitul studiului»: aproximativ o treime din cele ce au început au abandonat pe parcurs, foarte probabil pentru că subiecţii au găsit tratamentul prea dureros; acest punct nu figurează în statisticile anchetei.

Inconvenientul suplimentar al terapiei prin expunere, ea nu abordează judecăţile auto-depreciative ale victimei, de exemplu impresia că totul s-a întâmplat din vina sa sau că s-a dezonorat pentru totdeauna. Aici este un punct particular important pentru că societatea, în ansamblu, întăreşte aceste credinţe. Vedem încă din când în când procese pentru viol unde li se permite avocaţilor apărării să descrie hainele victimei, împrejurările în care se plimba sau comportamentele sexuale pe care le avea înainte de viol. Aceşti factori nu au nicio pertinenţă în faţa cuiva pentru care «nu» nu este un răspuns, şi un anumit mod de a proceda aduce prejudicii unei victime deja vulnerabile şi bulversate.

Imaginea victimei agresiunii sexuale este încă şi mai complexă: nu numai că trebuie să-şi dea seama de imaginile intruzive, emoţiile şi senzaţiile corporale recurente, dar este la fel de esenţial să se intereseze de cel puţin trei credinţe umane fundamentale care ar fi putut să facă rău prin agresiune: credinţa în propria vulnerabilitate, credinţa că a trăi are sens şi credinţa în propria valoare. După o agresiune, aceste credinţe (enunţate

de Dr. Ronnie Janoff-Bulman [11]) pot fi profund zguduite în timp de luni sau chiar ani. Victima poate fi invadată de impresia că ea nu valorează nimic, de obsesia de a se simți murdară și de convingerea că ea nu este decât un obiect în mâinile celorlalți care pot abuza de ea.

În cursul tratamentului EMDR, terapeuții aud judecăți auto-depreciative din partea victimelor agresiunilor sexuale printre care: «Eu sunt definitiv distrusă», «Nu am nicio putere», «Sunt rea» sau «Nu valorez nimic». Când o femeie pronunță cuvinte ca acestea, nu e un exercițiu intelectual pentru ea. Ea traduce în cuvinte ceea ce resimte când se gândește la agresiunea sexuală pe care a suferit-o sau atunci când amintirile agresiunii îi revin. Chiar dacă ea înțelege intelectual că în prezent este în siguranță, așa cum îi spun prietenii și familia, aceste reasigurări nu au de multe ori nicio influență asupra reacțiilor fizice automate. Așa cum am văzut cu veteranii, chiar dacă victima a participat la numeroase ședințe de terapie de grup, chiar dacă a citit numeroase cărți de auto-asistență, ea rămâne incapabilă, în plan emoțional, să integreze informațiile care i se furnizează, atât de utile cât pot fi. Această perturbare puternică blocată emoțional în sistemul său nervos o înlănțuie în evenimentul din trecut.

Tehnicile de auto-asistență pot învăța victima unui viol cel mai bine să-și învingă detresa, dar ele nu merg destul de departe. Terapia EMDR are ca țel să elibereze victima complet de tot haosul emoțional care o locuiește. O femeie asaltată de imaginile intruzive ale figurii violatorului, prin senzația mâinilor lui pe corp și halena lui pe față, trebuie să poată elabora toate aceste informații. După travaliul în EMDR, aceste senzații fizice și emoții negative care le acompaniază nu vor mai fi înmagazinate în rețeaua mnezică cu violul: femeia va putea să-și amintească niște fapte care s-au produs, dar ele nu o vor mai face să sufere. Ca pornire, terapia EMDR vizează și facilitarea adoptării, în plan emoțional, de judecăți pozitive despre sine («Acum, eu sunt cea care decide», «Sunt bine», «O să fac tot ce o să pot», «Am valoare», «Acum pot să aleg»). O dată toate acestea achiziționate, legăturile cu trecutul sunt aproximativ dizolvate și supraviețuirea după viol poate lua locul ce-i revine în viața prezentă.

Terapia EMDR, țintind totalitatea informațiilor legate de traumatism, ajută adesea clienții să trateze mai mult decât violul. Cum am văzut în cazul Emilyei, în capitolul 4, sechelele violului pot fi la fel de neplăcute ca violul. Câte căsnicii nu s-au clătinat pentru că soțul nu a reușit să suporte că soția sa a fost abuzată sexual ? De câte ori victima n-a fost abandonată de prieteni, lăsată să fie văzută mereu suferind ? Nu e nimic mai uimitor decât studiile făcute pe supraviețuitori ai unei agresiuni sexuale care arată aceste teme: tristețea acestor femei pentru ceea ce au pierdut, dificultățile lor în raport cu impresia de vulnerabilitate, vinovăția lor pentru responsabilitatea pe care și-o atribuie în agresiune, frica lor continuă de o nouă agresiune [12]. Toate aceste chestiuni trebuie tratate pentru a obține o vindecare completă.

Uneori efectele agresiunii sunt subtile, și este clar că femeile nu sunt singurele victime. Astfel un bărbat a început o terapie pentru că nu reușea să păstreze relațiile afective sau amoroase. El reușise bine în cariera de conducere, dar era subiectul unor violente crize de furie. În cursul ședinței EMDR a putut să repereze legătura ce exista între dificultățile prezente și o agresiune sexuală comisă contra sa de preotul parohiei când era copil. Distrugerea încrederii sale, violarea inocenței de către cineva care trebuia să-l protejeze, acestea erau elementele ascunse care provocau retragerea sa

atunci când cineva se apropia prea mult de el. După ce a elaborat amintirea lui, nu a mai reacționat în acest fel, câteva luni mai târziu, el s-a angajat într-o relație serioasă.

Este important de amintit ce se produce în EMDR: se stimulează sistemul de tratament al informației interne al persoanei, în așa fel încât sâmburele sănătos se poate deschide. Când o femeie este violată, ea poate fi în stare de șoc, poate să tremure, să sângereze, dar cu îngrijirile medicale potrivite corpul său se poate vindeca în câteva săptămâni. Este ceea ce se așteaptă. Mintea poate, și ea, să fie în stare de șoc după un viol și poate forța victima să retrăiască indefinit agresiunea. Dar cu îngrijiri psihologice potrivite mintea se poate vindeca în același ritm cu restul corpului.

Pentru vindecare nu este necesar să treacă ani în terapie. Creierul și sistemul său de tratament al informațiilor fac parte din corp; ele sunt generate de aceleași legi ale cauzei și efectului. Când medicul vă lovește genunchiul, genunchiul vostru reacționează. Mintea reacționează în același mod la fel de automat la presiunile și experiențele exterioare. Anumite reacții sunt sănătoase și ne sunt utile. Altele nu sunt, dar le putem schimba.

În acest capitol, considerăm un caz de viol conținând o acumulare de circumstanțe la care persoana nu a fost capabilă să facă față. Faptul că victima a putut să se vindece atât de rapid cu EMDR demonstrează puterea acestei reziliențe care este patrimoniul nostru comun. Aceasta nu face agresiunea mai puțin reprehensibilă (blamabilă). Aceasta nu impune persoanei obligația de a acționa în mod responsabil. Aceasta nu minimalizează cu nimic gravitatea suferinței. Însă arată că noi suntem capabili să triumfăm în final contra răului și sechelelor pe care le lasă după el.

Dacă cei doi bărbați nu ar fi fost atât de înfricoșători, ar fi putut să provoace milă. Erau murdari. Puteau. Evident erau săraci. Unul dintre ei purta un pantalon vechi atât de larg că îi cădea în jos pe picioare de câte ori se ridica. Îl punea la loc dintr-o mișcare scurtă a mâinii stângi. În mâna dreaptă, ținea un cuțit.

Dawn Baumgartner se trezi cu acest cuțit de bucătărie înfipt în gât, exact la miezul nopții, în 10 februarie 1993, în casa sa din Allbrook Air Station, în Panama. Dawn era un simplu sergent în armata americană; ea aparținea echipei ce lucra de la ora 6 dimineața la ora 3 după-amiaza. Ea făcea plinul la avioane. Era încorporată la baza aeriană foarte aproape de Howard pentru o perioadă de patru ani, din care efectuase deja jumătate. Nu a fost presată să părăsească Panama; fusese minunat, până în acea noapte.

Dawn adora climatul tropical al Americii Centrale, și petrecea cât mai mult timp posibil afară. Oceanul o atrăgea și făcea des circuite cu calul de-a lungul plajelor pustii, străjuite de palmieri. Făcea expediții în junglă și, cu spaniola ei rudimentară, ieșea din bază să se întâlnească cu localnicii. Mare, drăguță, prietenoasă, Dawn își făcuse numeroși amici panamezi. A fost o perioadă fericită pentru ea. Era mulțumită și de cei doi copii ai săi: Amanda, de cinci ani și Tommy, de trei ani.

Totul s-a răsturnat în douăzeci de minute. Este timpul pe care l-au avut cei doi bărbați pentru a intra pe fereastra de la baia lui Dawn (din păcate o lăsase întredeschisă din cauza mirosului de la litiera pisicii), ca s-o bată, s-o amenințe și s-o lege fedeleș pe fetița de cinci ani înainte de a o închide într-un dulap de perete (era în van speranța de a atenua urletele ei), pentru a înghesui magnetofonul, combina stereo, bijuteriile și alte

obiecte de valoare în saci de voiaj şi pentru a o viola pe Dawn. Micuţul Tommy, din fericire, nu s-a trezit.

Astăzi, gândindu-se iar la noaptea de groază, Dawn nu ştie ce-i părea mai groaznic în acel moment: să fie violată sau să fie în incapacitatea de a-şi proteja fiica. Totuşi, ea a reuşit să-i convingă pe cei doi bărbaţi că o să poată s-o calmeze pe Amanda dacă o lasă să iasă din dulap. Văzând-o pe Amanda alergând spre ea plângând, Dawn avu un fior de gheaţă în faţa echimozelor livide pe care fetiţa le avea pe faţă şi pe braţe. Unul dintre bărbaţi îşi trosni mâna pe gura Amandei cu o aşa violenţă că Dawn vedea urmele vinete ale degetelor pe obrajii fiicei sale. Amanda mai avea şi un cucui enorm deasupra urechii, acolo unde unul dintre bărbaţi o pocnise cu capul de zidul de beton al dulapului. Mânuţele ei delicate erau legate la încheieturi cu o pereche de şireturi ale lui Dawn. Şireturile îi intraseră în piele, şi degetele ei deveniră violete.

Dawn era încă în pat, cu cuţitul la gât, îmbrăcată doar într-o cămaşă de noapte şi un chilot. O prinse pe Amanda, o ţinu, o legănă fredonându-i «Ssst, puiul meu», un legănat care o calma mereu pe fiica sa când era bebeluş. «Sunt oameni răi, draga mea», îi spuse Dawn Amandei, «trebuie să facem tot ce ne spun oamenii ăştia răi». În acel moment, îşi aminteşte ea, dispărură în ea toate emoţiile. Nu mai simţea nimic. Nici nu mai plângea. Putea pur şi simplu să vegheze să ţină faţa Amandei întoarsă, ca s-o împiedice să înţeleagă că bărbatul care ţinea cuţitul spre gâtul mamei sale îşi trecea mâna liberă încoace şi-n acolo între coapsele lui Dawn.

Dawn îl implora să elibereze mâinile violete ale Amandei; când el acceptă, ea avu un moment oribil văzând vârful cuţitului îndreptându-se către fiica ei. Dacă o omoară ? Cuvintele urlau în capul ei. Dacă îi taie venele ? Dar el nu a făcut nimic din toate astea; turbatul nu era el.

Turbatul, era tovarăşul său, în mod vizibil şeful. A scos doi saci de voiaj din dulapul de perete al lui Dawn şi a plecat să scotocească prin casă în căutarea de obiecte de valoare. La întoarcere, reveni pe pat, o răsturnă pe Dawn pe partea dreaptă şi îi prinse mâinile la spate. Celălalt o reduse la tăcere. Apoi turbatul o violă.

În acel moment, Dawn nu putea să se gândească decât la Amanda. Nu simţea nici durere, nici turbare, nici frică pentru ea însăşi, pur şi simplu o convingere îngheţată de a împiedica fetiţa să vadă ce i se făcea mamei sale. Copilul fusese lungit lângă ea faţă-n faţă. Dawn, mereu proptită în partea dreaptă, îşi trecu umărul stâng peste fiica sa până când fu sigură că a blocat privirea Amandei. Păstră poziţia cu o hotărâre crâncenă care întrecea toate celelalte emoţii. I s-a părut că au trecut ore. Violul terminat, Dawn îşi dădu seama spre marea ei ruşine că făcuse pe ea, o reacţie fizică curentă în momentele de frică extremă. Corpul său, contrar spiritului, trăise o teroare mortală.

Trei zile mai târziu, aviaţia militară îi repatrie pe Dawn şi copiii săi în Statele Unite. S-au întors la mama lui Dawn, în Colorado Springs, aproape de baza aviatică Peterson. Nimeni nu a putut s-o calmeze pe Dawn. În Panama, ea nu s-a putut întoarce în casa ei; avea crize violente de turbare şi panică. Recunoştea agresorul în fiecare panamez pe care îl vedea. Autorităţile medicale ale armatei au căutat s-o îndepărteze pe Dawn de ceea ce îi provocase o astfel de suferinţă şi să o trimită într-un loc unde ea putea să se simtă în siguranţă. Dar ce o făcea pe Dawn să sufere nu era în exteriorul ei. Violul trecuse, cei ce-l comiseră erau la 5 000 de kilometri . Ce o făcea atât să sufere, ceea ce trăia în capul său, erau amprentele digitale lăsate pe psihic de cei doi agresori.

În ciuda întoarcerii acasă, angoasa lui Dawn nu ceda. Dacă vedea un comerciant cu părul negru apropiindu-se de casă, se ascundea în dulapul din perete, inima îi bătea puternic, înnebunită de groază, până când îl auzea plecând. Nu mai suporta să fie dezbrăcată şi nu putea să mai facă un duş fără să poarte un costum de baie. Părinţii săi nu ştiau ce să mai facă s-o ajute. Măsura covorul cu paşi mari în lung şi-n lat obsesiv şi-şi freca coapsele până la sânge. Îi era prea frică pentru a părăsi casa, chiar şi pentru a merge la magazinul din colţ. Toţi necunoscuţii păreau periculoşi.

Mai rău nu se putea. O apucau crize incontrolabile de plâns în reprize dese şi-i era teamă să meargă seara la culcare. Vederea unui cuţit de bucătărie îi dădea flash-back-uri şi se îngrozea dacă era atinsă, chiar dacă era vorba de unul dintre copiii săi. Urmare a unei crize particulare de angoasă violentă, a fost adusă la clinica psihiatrică a bazei militare. Un medic femeie îi arătă cum respiraţia profundă îi poate servi pentru calmare. Dawn reveni săptămâna următoare: respiraţia profundă nu servea la nimic, era ca o frecţie la un picior de lemn. Medicul îi prescrise un tranchilizant pentru crizele de angoasă. Putea să-l ia «de câte ori era necesar» (cum s-ar spune, în cazul ei, în fiecare zi). Medicamentul încetini frecvenţa crizelor de angoasă, dar nu le făcu să cedeze, şi rămânea fără efect asupra celorlalte simptome.

La trei săptămâni după întoarcerea lui Dawn la părinţii săi, ei îi cerură să vadă un terapeut. Era acolo, îi spuseră, unde mai fusese la spitalul de psihiatrie. Cineva de la baza militară o trimise pe Dawn la o asociaţie locală numită «Centru de prevenire a violenţelor domestice». Baza aviatică din Peterson nu avea un psiholog femeie, şi Dawn era absolut incapabilă să lucreze cu un bărbat. Când a început o terapie clasică cu un terapeut femeie în Centru, lucrurile au mers puţin mai bine. O ajuta să vorbească cu cineva. Dawn a fost detaşată la o muncă de birou, a putut să-şi ia un serviciu în timp parţial de muncă. Colegii săi au fost preveniţi totuşi în legătură cu dificultăţile sale: «nu vă apropiaţi de ea, nu o atingeţi, nu o speriaţi niciodată». Li s-a spus de asemenea unde-şi ţinea anxioliticul, de două sau trei ori , a fost nevoie ca cineva s-o scoată afară din încăpere atunci când a început o criză de angoasă şi cineva a pus-o să-şi ia medicamentul. Lui Dawn îi era ruşine când era ca un copil cu capricii. Atunci când corpul său, în plan fizic, era mereu blocat în coşmarul agresiunii, o parte din spiritul său se judeca fără indulgenţă, ceva tipic pentru o parte dintre victime. La urma urmei, agresiunea trecuse. De ce nu reuşea s-o uite ? De ce nu trecea ?

Orarul de lucru al lui Dawn a ajuns să se reducă la un sfert din timp. Era foarte nervoasă, foarte speriată, tremura. Avea dificultăţi de concentrare şi izbucnea în lacrimi la masa de lucru. Colegii şi superiorii erau înţelegători, dar ea ştia că nu mai corespunde normelor de performanţă ale armatei. Nu asta se aştepta de la ea, ştia asta, dar avea impresia că oamenii o priveau şi se întrebau ce avea.

Lucrurile nu mergeau mai bine în viaţa de familie. Dawn şi copiii s-au mutat într-un apartament al lor, dar ea nu avea impresia că este o mamă bună: nu reuşea să fie prezentă din plin pentru copii. De frica de a se declanşa o criză de angoasă dacă se supăra pe ei sau îi bombănea, ea îi lăsa pe Tommy şi Amanda să-şi facă de cap. Ştia că corpul său nu putea să distingă între emoţiile negative intense survenite în prezent pentru motive logice şi cele care proveneau din amintirile violului. Ea credea că unele le declanşează pe celelalte, şi nu se înşela. Cum corpul său a rămas înţepenit emoţional în timp, tot ce putea să facă mai bine era să se străduiască să-şi păstreze calmul. Toate resursele ei erau mobilizate pentru a-şi păstra echilibrul, lucrurile care altădată erau pur

şi simplu agasante deveneau exasperante, şi cele care o deranjau mult riscau acum s-o scoată din sărite.

Se străduia să evite tot ce avea repercusiuni asupra copiilor, dar era imposibil. Copiii simţeau lipsa limitelor şi începeau să devină ei înşişi incontrolabili. Lumea liniştită nu de mult delimitată de constrângerile binevoitoare ale mamei lor era în ruină. Emoţiile copiilor începeau să se audă pentru a umple vidul.

Amanda a început să aibă pavor nocturn şi să facă pipi în pat, dar nu-i vorbi despre asta mamei sale. În toiul nopţii, Tommy vărsa siropul de ciocolată pe mobile, pe covor şi pe câine. A scos o duzină de ouă din frigider şi le-a aruncat în tavan, cu o forţă surprinzătoare pentru vârsta lui.

În plus Dawn din ce se forţa să se simtă bine, se simţea mai rău. A auzit vorbindu-se de terapia prin expunere şi a încercat-o şi ea: era vorba de a se obliga să privească în faţă lucrurile care o îngrozeau. Avea mereu şi frica de a merge la magazin, din cauza necunoscuţilor pe care risca să-i întâlnească acolo, dar se străduia să se oblige să meargă. Avea nevoie în cursul acestor ieşiri de prezenţa permanentă de cineva aproape de ea în cazul unei crize puternice de angoasă, care se declanşa des. Bineînţeles, fiecare criză de angoasă agrava problema dându-i impresia de a fi din ce în ce mai incapabilă să o rezolve. Era tot timpul obligată să ia cu ea anxioliticul, lucru de care avea oroare pentru că îi dădea impresia că este dependentă.

Şase luni mai târziu, în ciuda psihoterapiei, Dawn era fizic şi emoţional vorbind, o veritabilă epavă. Ea se scufunda din ce în ce mai mult în depresie. Furioasă, neputincioasă, tristă, izolată, îi era frică, se simţea vinovată. Nu dormea niciodată noaptea. Nu putea ieşi cu un bărbat. Avea o mulţime de probleme fizice. Era incapabilă să se destindă. Nu reuşea niciodată să facă duş fără costumul de baie. Pe lângă crizele de angoasă avea brusc crize de plâns şi accese de furie.

Aceste accese se puteau declanşa de o mulţime de oameni, de necunoscuţi, un contact sau uneori pur şi simplu la vederea unui bărbat. Câteodată, Dawn nu ştia câtuşi de puţin ce le provoca. Într-o zi când făcea scandal cu copiii, Tommy i-a prins mâinile la spate şi a tras în sus. Dawn a simţit angoasa punând stăpânire pe corpul său, şi a început să ţipe la copii; asta le-a produs o teamă şi lor şi ei. Era picătura care umplea paharul. Când şi-a recăpătat calmul, Dawn şi-a spus: «Nu e drept pentru copiii mei. Ei suferă pentru ce am suportat eu.»

Dawn s-a dus la terapeutul său, la întâlnirea următoare, într-o stare vecină cu disperarea. «Asta nu-mi ajunge. Ajută pe cineva să vorbească dar nu ajunge la rădăcinile problemei. Nu mă simt mai bine. Nu mai pot. Va trebui poate să merg să mă tratez la psihiatrie pentru câteva săptămâni.» Terapeutul, ca ultimă soluţie, îi propuse să încerce EMDR, şi la două zile Dawn pătrundea în cabinetul unei femei, rugând cerul ca ea să poată să-i vină în ajutor.

Sandra Wilson este psihoterapeut în Colorado Springs. În vremea când a cunoscut-o pe Dawn, ea făcea un studiu vast pentru a determina dacă se pot vindeca simptomele jenante ale sindromului de stres post-traumatic numai în trei şedinţe de EMDR.

Sandra se ocupa ea însăşi de convorbirile iniţiale de recrutare şi de primirea cazurilor viitorilor clienţi. Cei ce erau reţinuţi pentru studiu erau repartizaţi aleatoriu unuia dintre cei cinci terapeuţi care conduceau (benevol) cele trei şedinţe de EMDR cu ei.

Cu ezitare, Dawn îi povesti Sandrei istoria sa personală şi violul pe care îl suferise în Panama. În sfârşit, ea trecu mai multe teste psihologice destinate să precizeze simptomele şi să măsoare gravitatea lor. Ascultând povestirea tinerei femei, Sandra a fost frapată să vadă cum traumatismul se traducea clar în plan corporal la Dawn: vome, dureri de spate, ameţeli, constipaţie, amorţeli, dureri de cap. Cum o făcuse în timpul violului, corpul lui Dawn mărturisea violenţa emoţiilor pe care le purta în ea.

Sandra a acceptat-o pe Dawn pentru studiul său şi a ales-o la întâmplare pe Laura Knutson, o terapeută din Denver care fusese formată în EMDR şi dădea benevol din timpul ei pentru studiu. Citind istoria lui Dawn, la prima lor şedinţă, Laura a remarcat că s-a stabilit, pentru multiplele simptome ale lui Dawn, diagnosticul formal de sindrom de stres post-traumatic.

Prima şedinţă între Laura şi Dawn a avut loc în 23 septembrie 1993, la şapte luni şi jumătate după viol. Perioada în care se produc remisiuni spontane trecuse. Simptomele nu dispăreau fără un tratament eficient. Laura a citit notiţele tratamentului iniţial al lui Dawn, cu referire la traumatism şi simptomele sale, dar voia să audă relatarea din gura ei.

«Am fost violată de doi bărbaţi când eram în Panama. Şi fiica mea era culcată lângă mine în patul meu în timpul violului. Sunt îngrijorată pentru copiii mei, mai ales pentru fiica mea.

—De acord, spuse Laura încet. Ce speraţi venind să mă vedeţi ?

—Vreau să fiu mai calmă. Mai puţin angoasată. Nu vreau să mă mai înspăimânt pentru orice. Şi nu vreau să-mi fie frică făcând duş.»

Laura i-a descris terapia pe care o vor face împreună, şi i-a explicat lui Dawn că vor începe alegând cel mai rău pasaj din amintirile legate de viol.

«E uşor. Sunt în camera mea, e întuneric. O aud pe Amanda cum plânge şi cei doi bărbaţi care strigă la ea bruscând-o. Au închis-o în dulapul din perete.»

Cogniţia negativă care însoţea această scenă era: «Sunt incapabilă să ne protejez.» Emoţiile erau furia şi frica, ele îi dădeau lui Dawn senzaţia că are gâtul uscat. A evaluat la 10 aceste emoţii pe scala de la 0 la 10. Cogniţia pozitivă pe care Dawn voia să o pună în loc era: «Sunt la înălţime. Acum sunt în siguranţă.» Ea atribuia acestei opinii o notă de adevăr aproape de 4 pe scala de la 1 la 7.

Pentru început, ele s-au centrat pe momentul în care ea a înţeles că se întâmplă un lucru anormal. În timp ce progresau din secvenţă în secvenţă, Laura observa modul în care mişcările oculare o duceau pe Dawn în acea noapte şi părea că o face să trăiască pas cu pas, ţipăt cu ţipăt, corpul răsucit, picioarele tremurând, blestemând agresorii, durerea ei agravată de turbarea neputincioasă care o punea la încercare văzând ce face Amanda. Patru secvenţe. Şase secvenţe. Opt secvenţe. Zece secvenţe. Ea continua să retrăiască acea noapte, cu corpul rigid, gesturi sacadate, simulacrele sale de gâlceavă, ea îi povestea Laurei ce nu putea să facă în cuvinte. Pe moment, Dawn ţinea încheieturile lipite una de alta ca şi cum le mai avea încă legate; puţin mai târziu, încheieturile s-au detaşat dintr-o dată unele de altele, rupând legăturile. Dar ea nu spuse un cuvânt despre asta. Violul lui Dawn a fost silenţios aproape de la un capăt la celălalt, era aceeaşi trăire pe care o provoca EMDR.

Dawn ştia că poate să-i facă semn Laurei să se oprească ridicând mâna, făcu des acest lucru în cursul acestei şedinţe, dar ea părea hotărâtă să treacă de partea cea mai rea a amintirii. Aceasta luă unsprezece secvenţe foarte lungi. Dawn a spus puţine lucruri în

timpul celor 90 de minute pe care le-au petrecut împreună, ele constând într-o exclamație sau o remarcă din când în când: «Am impresia că mă aflu acolo», «Îi văd», «Simt încă mirosul lor infect», «Amanda tremură», «O, Doamne, fetița mea !» și «Nemernicii».

După ultima secvență, Dawn îi spuse Laurei: «Asta mi-a produs multă teamă, a fost practic același lucru ca atunci când s-a-ntâmplat. Ca și cum eram pe punctul de a trăi din nou, dar încă și mai rău. În timpul violului, era ca și cum aș fi fost în afara corpului meu, pe punctul de a privi un film. Așa am reușit să suport ce-mi făceau. Dar de data asta, eram chiar eu. A fost teribil, dar a fost ca și cum nu aș fi avut de ales, trebuia să înfrunt asta.»

Experiența pe care Dawn o povestea, această impresie de a fi în afara corpului său pe punctul de a vedea un film, se numește *disociere*. Este o reacție curentă în cursul unei agresiuni sexuale, ea servește la separarea victimei de suferința excesivă a momentului. Din nefericire, acest mecanism natural de supraviețuire nu protejează victima contra simptomelor care însoțesc traumatismul. Unii gândesc chiar că în mod sigur din cauza acestei disocieri de experiență ea nu poate fi înmagazinată în memorie ca celelalte, ci sub formă de fragmente separate de imagini, de gânduri, de emoții, ceea ce face vindecarea mai dificilă [13].

În timpul tratamentului EMDR, toate aspectele traumatismului se regăsesc, ceea ce permite persoanei să elaboreze din plin întâmplarea trăită. Putând, în fiecare secvență de mișcări oculare, să intre în amintirea neplăcută și să iasă, putând încă să utilizeze semnalul pentru a spune terapeutului să se oprească dacă este necesar, victima violului are în stăpânire «dozarea» amintirii la care acceptă să se expună. Dacă ea găsește emoțiile prea neplăcute în cursul EMDR, se poate opri o clipă pentru a se reface sau reduce intensitatea emoțiilor. Țelul este ca ea să rămână în contact cu tot ce poate surveni în ea în timpul elaborării violului.

Faptul de a intra în experiența agresiunii este că ieșind întărește și certitudinea persoanei că ea este mult mai mare decât traumatismul. Pot fi resimțite emoțiile, se pot pune la distanță. Victima începe să-și regăsească stăpânirea și reculul. Experiența elaborării unui viol în EMDR nu este agreabilă, dar ea nu durează atât cât agresiunea propriu-zisă. Chiar dacă persoana o retrăiește scenă cu scenă. Totuși, nu este totul reglat în mod obligatoriu într-o singură ședință.

La sfârșitul ședinței, Laura reexamină cu Dawn opiniile sale despre ea însăși și verifică dacă au avut loc schimbări în intensitatea lor. Dawn spuse că sentimentul de neputință de la început s-a diminuat, dar nu mult. Trecuse de la 10 la 7 sau 8. Cât despre cogniția pozitivă («Sunt la înălțime. Acum sunt în siguranță»), nu schimbase încă mult, trecând de la 4 la 5 (din 7). Rezultatele care nu aveau nimic spectaculos, gândea Laura.

A doua lor ședință a avut loc o săptămână mai târziu.

«Cum vă simțiți ? întrebă Laura.

—Bine. E drăguț. Asta mă făcea să sufăr altă dată, dar am totuși impresia de reîntoarcere și de a lucra în această privință. Ceva îmi spune că ceea ce facem împreună merge.

—Există un moment special pe care vreți să-l țintiți astăzi ?

—Da, cel în care fac duș și ei mă privesc. Nu știu de ce , dar cred că acești tipi erau afară privindu-mă în timp ce eu îmi făceam dușul. Am deschis mereu fereastra de la baie, pentru că nu era ventilator. Acum eu nu mai pot sta sub duș fără costum de baie.

—De acord, să începem cu asta.»

În această şedinţă, cogniţia negativă a lui Dawn era: «Ei mă privesc, nu sunt în siguranţă.» Emoţia care o încerca era frica, şi o resimţea în piept «ca un frison urlând». A evaluat forţa emoţiilor la 8 sau 9 din 10. Cogniţia pozitivă pe care voia să o dobândească spunea: «Sunt în siguranţă; mă protejez.» estima foarte jos adevărul, numai la 2 pe scala de la 1 la 7.

Au început cu o scenă în care Dawn era la duş, în casa ei din Colorado Springs, după numai câteva pasaje, ea ţipă. «Mă privesc !» ea revenise la noaptea violului, reluase «filmul» de acolo de unde-l lăsase data trecută. De data asta, flash-urile memoriei lui Dawn s-au succedat până în punctul în care bărbaţii au plecat. A retrăit urmarea atacului. Cum a trezit gardianul care dormea la celălalt capăt al casei, cum el i-a dezlegat încheieturile, cum ea a fugit în cămaşă de noapte la un vecin, cum a sunat la poliţia militară, cum, la sosirea poliţiei, ea le-a spus că a vrut să-i taie sexul violatorului său.

A doua şedinţă se adeveri apropiată de prima: Dawn retrăi atacul în corpul său, respiraţia scurtă şi rapidă, muşchii încordaţi, faţa deformată de suferinţă. La mijlocul drumului, Dawn ridică mâna în semn de alarmă şi o întrebă pe Laura unde era toaleta. A revenit scuzându-se.

«E bine ? întrebă Laura.

—E bine. Mi-a fost într-adevăr frică, încât am crezut că am făcut pe mine, aşa cum am făcut în acea noapte.

—Şi ?

—Nu, dar nu am fost departe, spuse Dawn cu un zâmbet, scurt dar adevărat. Vom vedea alinarea ei.

Laura şi Dawn au mai făcut încă alte şapte secvenţe în acea după-amiază, chiar paisprezece în total. Până la urmă, Dawn spuse: «Ştiţi, sunt mândră de mine; am obţinut ca ei să nu o mai brutalizeze pe Amanda. Le-am vorbit şi ei au scos-o din dulap, şi i-au dezlegat mâinile.» Dawn a regăsit sentimentul de a fi competentă. Ea începea să înţeleagă că a făcut tot ce putea în astfel de circumstanţe, că s-a folosit de toate capacităţile de care încă mai dispunea.

La sfârşitul şedinţei, frica lui Dawn scăzuse în intensitate de la 8 sau 9 la 2. Cogniţia ei de a fi prezentă în siguranţă a atins maximul posibil, 7. Laura avu un suspin de uşurare. Nu le mai rămăsese decât o şedinţă, şi ea tot mai spera în progrese semnificative pentru Dawn în acea zi.

În timpul ultimei lor şedinţe, Dawn a vrut să lucreze frica ei violentă de a fi atinsă şi amintirea unuia dintre bărbaţi care îi freca coapsele în timpul spargerii. După viol, ea nu încetase să-şi frece compulsiv picioarele. Asta arată că senzaţiile fizice pe care le trăise în cursul traumatismului erau încă blocate în corpul său. Bineînţeles, ele nu erau stocate în celulele picioarelor lui Dawn; ele erau înmagazinate în creierul său, în reţeaua neurofiziologică ce conţinea toate informaţiile (senzaţii, gânduri şi emoţii) ale experienţei traumatice suportate. Acest fapt se apropie de cel ce se produce când se pocneşte un deget (de la picior): avem impresia că ne doare degetul însuşi dar centrul durerii este în creier. Fibrele nervoase ale degetului de la picior trimit semnale de durere la creier, care înregistrează senzaţiile locale. Dacă fibrele nervoase ale degetului ar fi tăiate, nu am simţi nimic lovindu-ne în această împrejurare.

Când e vorba de o experiență traumatică, creierul nu înregistrează senzațiile fizice doar pe moment, ci poate continua să o facă. În timpul EMDR, persoana poate re-experimenta senzațiile ei la nivele variabile de neplăcere, pentru că informația este conservată în creier şi pentru că tratamentul o stimulează. Odată ce persoana a elaborat complet traumatismul, amintirea ei este din nou înmagazinată, dar de data aceasta fără dureroasele senzații fizice. Acestea au fost «metabolizate», «digerate», şi sănătatea interioară a persoanei reapare.

Opinia autodepreciativă pe care Dawn o căpătase ca urmare a frecării picioarelor de către violator era: «Nu pot să suport să fiu atinsă.» Emoțiile care o acompaniau erau frica, furia şi angoasa, toate trei asociate cu senzația din picioare. Ea evaluă violența tulburării sale la 10. Ca părere autovalorizantă, Dawn a ales: «E bine să atingi şi să fii atinsă», şi a atribuit imediat un biet 1 adevărului acestei declarații pe scala de la 1 la 7.

După 11 secvențe, în cursul cărora Dawn regăsi alte amintiri ale trăirii din noaptea violului, însoțite de senzația ce circula de-a lungul piciorului şi mâinilor, frica sa, furia şi angoasa erau scăzute la 4, ceea ce reprezenta un mai bine, dar rămânea departe de obiectivul 0. Acordul său cu afirmația conform căreia «E bine să atingi şi să fii atinsă» urcase la 5 sau 6 din 7. În pofida alinării care se citea pe fața lui Dawn, Laura se simțea stingherită. «Eu nu cred că s-a terminat», îşi spunea ea. «Aş vrea să mai fac încă una sau două şedințe de lucru cu Dawn.» Dar regulile stricte impuse de studiu nu îi permiteau. Din fericire, odată ce EMDR închidea circuitul sistemului de tratament al informațiilor, elaborarea nu se oprea în mod necesar la sfârşitul şedinței de terapie. Aceasta semnifică faptul că oamenii trebuie să ştie la ce să se aştepte după, pentru a putea să facă față. Altă semnificație este că schimbările pozitive pot interveni chiar dacă travaliul cu terapeutul nu a fost complet.

Nouăzeci de zile mai târziu, Sandra Wilson ceru fiecăruia dintre bărbații şi femeile participanți la studiul pe care îl coordona să revină pentru un interviu de control. Dawn fu încântată să o revadă pe Sandra.

«Mă simt super-bine. Nicio criză de angoasă. Dorm bine. În acest moment mă simt liniştită. Lucrez fără probleme cu bărbații din unitate. Am ieşit chiar cu unul dintre ei înainte de Crăciun. Copiii mei se simt mult mai bine. Sunt mai calmă cu ei, mai puțin furioasă. Reuşesc mai bine să le fiu aproape şi să-i ajut.» Dawn tocmai terminase un antrenament special, s-a ivit o promoție, şi a făcut un împrumut pentru o locuință. În familie, ca şi la serviciu, era întrebată mereu ce i s-a întâmplat.

«Am înțeles că eram mai bine când am reînceput să fac glume despre sex», spuse Dawn râzând. Dar superiorii săi rămâneau prudenți: ei continuau să-i prevină pe nou-veniții în serviciu să nu o atingă, să nu o sperie pe Dawn , şi li se spunea unde îşi păstrează Dawn medicamentul. Totuşi Dawn încetase să mai ia medicamentul cu două săptămâni înainte de a lua parte la studiu şi ea nu l-a mai luat niciodată. Etapa următoare a studiului coordonat de Sandra consta în revederea participanților la 15 luni după, pentru a verifica dacă efectele pozitive ale EMDR au durat în timp. Ea reluă contactul cu Dawn în decembrie 1994 când Dawn îi povesti lucrurile care mergeau incredibil de bine pentru ea. «Mult mai bine decât înainte de viol chiar. Am redevenit eu însămi şi chiar puțin mai mult, pentru că sunt mult mai fericită. Am un moral incredibil. Iubesc mai mult viața.» Dawn povesti că s-a logodit cu un bărbat pe care îl întâlnise la serviciu în momentul în care s-a întors din Panama, şi ea spera să dea o altă destinație peruzelei după căsătoria lor. «Logodnicul meu este un Negru, şi toată familia

este stupefiată: ei se gândesc că eu nu o să pot niciodată să mă apropii de un bărbat cu pielea întunecată. Sincer vorbind, nici eu. »

Dawn a vorbit şi în public despre viol. «Aviaţia militară m-a ajutat prea puţin după agresarea mea, şi eu aş vrea să fac ceva în această privinţă. M-am prezentat deci în faţa celor ce se numeau „Consiliul de diamant". El reunea toţi sergenţii şefi din Peterson şi din bazele din jur. Asta înseamnă cam treizeci de persoane, aproape toţi bărbaţi. Le-am povestit toată istoria mea, şi le-am vorbit despre faptul că nimeni din bază nu ştia ce să-mi facă să mă ajute. Bineînţeles, cum era prima dată când vorbeam în public, am izbucnit în lacrimi.

Le-am spus: „Vreau să nu se mai întâmple nimănui. Este treaba noastră, numai a noastră, sunteţi bărbaţi, dar cum o să ştiţi ce trebuie să faceţi când o să se mai întâmple aşa ceva?" M-au întrebat dacă voi fi de acord să vin când se va raporta un caz de viol în bază. Am spus că sunt întrutotul de acord. Acum, dacă mă cheamă pentru un viol, însoţesc victima la spital, o duc la prima şedinţă de terapie, fac tot ce are ea nevoie.

Am făcut EMDR şi cu Amanda, şi nu mai are pavor nocturn şi enurezis. Ea îmi povesteşte acum despre ceea ce ni s-a întâmplat. De fapt, zice Dawn râzând, ea vorbeşte cu toţi cei în care are încredere. Aceasta a îngrozit multe mame şi colege. Bineînţeles, Amanda nu sesizează ce este un viol, dar ştie că nişte nemernici au intrat în casă şi ne-au făcut rău. » Toată familia şi-a reluat viaţa normală.

Vara trecută, Dawn a acceptat să vorbească şi jurnaliştilor despre tratamentul său EMDR şi despre participarea la studiul Sandrei Wilson. S-a adeverit că 84% dintre victimele sindromului de stres post traumatic care au fost tratate nu au mai relevat acest diagnostic după numai trei şedinţe de EMDR[14]. Numeroase femei au reacţionat ca Dawn şi au progresat mai departe decât erau înainte de traumatism. Unele s-ai simţit atât de puternice încât au decis să facă schimbări profesionale importante sau s-au înscris la universitate pentru prima dată. Acest tip de efecte pozitive nu a fost raportat de nici un studiu despre alte tehnici de tratament ale sindromului de stres post traumatic. Rezultatele acestui studiu, primul studiu la scară mare despre EMDR, au arătat în timpul unei conferinţe speciale convocate de APA, şi numeroşi jurnalişti, au adus ca dovadă istoria lui Dawn .

Corespondenta unei reviste naţionale a venit să o intervieveze pe Dawn ; aşezată pe canapeaua din salonul lui Dawn, ea izbucni în lacrimi la povestirea a ceea ce păţise Amanda.

«Vreţi să facem o pauză?» o întrebă Dawn . Ea avea impresia că a bulversat-o pe acea femeie. Este dificil de prevăzut reacţia oamenilor.

«Cum reuşiţi să rămâneţi liniştită, aşezată aici, povestindu-mi această istorie? întrebă jurnalista.

—Pentru că aşa este astăzi, răspunse Dawn pentru fiica mea şi pentru mine, acum, e pur şi simplu o istorie.»

NOTE

[1] M. Amir, *Patterns in Forcible Rape*, Chicago, University of Chicago Press, 1971.
J. V. Becker, G. G. Abel, «The treatment of victims of sexual assault», *Quarterly Journal of Corrections*, I, 1977, p. 38-42.
A. W. Burgess, «Rape trauma syndrom», *Behavioral Science and the Law*, I, 1983, p. 97-113.
D. Chappell, G. Geis, F. Fogarty, «Forcible Rape. Bibliography», *Journal of Criminal Law and Criminology*, 65, 1974, p. 248-263.
E. Midlarky, «Women, psychopathology, and psychotherapy: A partially annotated bibliography», *Journal Supplement Abstract Service*, ms. 1472, American Psychological Association, 1977.
S. Schafer, *The Victim and His Criminal*, New York, Random Hause, 1968.
H. von Hentig, *The Criminal and His Victim*, New Haven (Connecticut), Yale University Press, 1948.

[2] A. W. Burgess, I. L. Holmstrom, «Rape trauma syndrom», *Archives of General Psychiatry*, 13, 1974, p. 981-986.
S. L. Brodsky (dir.), *Sexual Assault*, Lexington (Mass.), Heath, 1976.

[3] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, a III-a ediție revizuită, Washington D.C., American Psychiatric Association, 1987.

[4] S. D. Solomon, E. T. Gerrity, A. M. Muff, «Efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder», *Journal of the American Medical Association*, 268, 1992, p. 633-638.

[5] D. G. Kilpatrick, J. L. Veronen, C. L. Best, «Factors predicting psychological distress among rape victims», în C. R. Figley (dir.), *Trauma and Its Wake*, New York, Brunner-Mazel, 1985.
M. P. Koss, «Implications for the clinical treatment of victims», *The Clinical Psychologist*, 36, 1983, p. 88-91.

[6] H. S. Resnik, «PTSD associated with exposure to criminal victization in clinical and community population», în J. R. T. Davidson, E. B. Foa (dir.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*, Washington D.C., American Psychiatric Press, 1993.

[7] Acum se estimează că între 10 și 50% dintre femeile din Statele Unite sunt obiectul unei agresiuni sexuale în cursul vieții.
B. L. Green, «Psychosocial research in traumatic stress: An update», *Journal of Traumatic Stress*, 7, 1994, p. 341-362.
D. G. Kilpatrick, C. L. Best, «Some cautionary remarks on treating sexual assault victims with implosion», *Behavior Therapy*, 15, 1984, p. 421-423.

[8] A. W. Burgess, L. L. Holmstrom, «Adaptativ strategies and recovery from rape», *American Journal of Psychiatry*, 136, 1979, p. 1278-1282.
B. I. Green, «Psychosocial research in traumatic stress: An update», *op. cit.*
T. W. McCahill. L. C. Meyer, A. M. Fishman, *The Aftermath of Rape*, Lexington (Mass.), Heath, 1979.

[9] O remisie spontană este o vindecare care survine fără tratament, în general la o lună până la trei luni după traumatism.

D. G. Kilpatrick, L. J. Veronen, P. A. Resick, «The aftermath of rape: Recent empirical findings», *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 1979, p. 658-659.

[10] E. B. Foa, B. O. Rothbaum, D. Riggs, T. Murdock, «Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive behavioral procedures and counseling», *Journal of Counsulting and Clinical Psychology*, 59, 1991, p. 715-723.

[11] R. Janoff-Buman, *Shattered Assumptions*, New York, Free Press, 1992.

[12] J. L. Krupnick, M. J. Horowitz, «Stress response syndromes: Recurrent themes», *Archives of General Psychiatry*, 38, 1981, p. 428-435.

[13] B. A. Vander Kolk, «The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress», *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 1994, p. 253-265.

[14] S. A. Wilson, L. A. Becker, R. H. Tinker, «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psycologically traumatized individuals», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1995, p. 928-937.

S. A. Wilson, L. A. Becker, R. H. Tinker, «Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psycological trauma», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1997, p. 1047-1056.

9
De la tristețe la pace

«Puneți cuvinte pe tristețe: doliul fără cuvinte
Murmură în inima împovărată până o sparge ...»
William SHAKESPEARE

După o povestire veche, o femeie în doliu a adus corpul copilului său mort la un sfânt. Ea îl imploră să aibă milă şi să-i readucă copilul la viață. Învățătorul acceptă să o facă, cu condiția ca femeia să-i aducă un bob de muştar care se găsea într-o casă din satul său pe care moartea n-o vizitase. Deodată, femeia se simți bucuroasă, pentru că rugămintea părea uşor de satisfăcut. Ea trecu din casă în casă, căutând o familie care fusese cruțată, dar spre marea ei dezamăgire ea nu găsi. Încet-încet, ea începu să înțeleagă înțelepciunea sfântului: moartea vine pentru toți. În liniște, ea reveni să ceară corpul copilului şi, ducându-l cu duioşie, ea îl îngropă în pace.

Cu siguranță, moartea atinge toate familiile, dar sunt puține lucruri care provoacă mai multă durere decât pierderea unei ființe iubite. Clinic vorbind, nu putem vorbi despre o persoană traumatizată de un doliu că ea prezintă un sindrom de stres post-traumatic, numai dacă persoana decedată a murit de moarte violentă sau într-un mod neaşteptat. Dar în fața unei astfel de dureri etichetele diagnostice nu au semnificație. Suferința e suferință, şi EMDR este în mod specific utilă pentru a ajuta oamenii să depăşească tristețea, oricare ar fi simptomele, oricare ar fi modul în care şi-au pierdut ființa iubită.

În fața morții, există o reacție particulară tenace, aceea a unui sentiment persistent de vinovăție. Ne simțim responsabili de a fi spus, sau din contră, de a nu fi spus anumite lucruri. În minte., revedem patul de moarte, auzim din nou crizele de suferință. Toate aceste reacții sunt normale după o pierdere, şi în general ele regresează şi dispar progresiv cu timpul. Uneori totuşi procesul de vindecare este frânat. Când se întâmplă, EMDR poate servi la repunerea sistemului pe roate,.

Doliul nu se restrânge la domeniul pierderilor private. Tragediile, înțelegând aici pe cei ce au murit la datorie, marchează viața a numeroşi polițişti, pompieri, mecanici de locomotivă sau salvatori[1]. Cei ce suferă astfel se simt adesea responsabili de ceea ce s-a întâmplat, ei se credeau competenți, dar certitudinile lor au dispărut şi sunt debusolați. Dacă ar fi fost mai rapizi, gândesc ei, ar fi putut să împiedice decesul.

Se foloseşte des EMDR pentru a debloca acest mod de gândire şi reacţiile lui iraţionale, emoţionale. La fel, se foloseşte EMDR pentru poliţiştii care şi-au văzut partenerul doborât în exerciţiul funcţiunii sau care au omorât ei înşişi pe cineva. Aceşti supravieţuitori sunt profund zguduiţi şi revăd fără încetare evenimentul oribil care s-a produs[2].

Şi personalul medical suportă traumatismul pierderii. Astfel un bărbat de 50 de ani a putut să petreacă şapte zile muncind fără să se oprească, acoperit de sânge, în biroul expertului medical, după catastrofa aeriană a zborului 800 de la TWA. El era copleşit de vinovăţie, pentru că îşi spuse că «Nu voi reuşi să ajung pentru a reda familiilor corpurile atât de repede încât să le poată înmormânta». Alt exemplu: cel al unei infirmiere de la urgenţă ce făcea parte dintr-o echipă medicală care operase un bebeluş grav rănit într-un accident rutier. Bebeluşul a murit, şi infirmiera a fost invadată de spaima că propriul său copil de doi ani o să moară. Ea a adoptat atunci comportamente obsesionale extreme de supraprotecţie a copilului său. În cursul terapiei sale EMDR, ea a ţintit scena din sala de urgenţă şi a povestit că vedea faţa bebeluşului său în locul bebeluşului decedat. Când ea urmărea mişcările ochilor, imaginea suprapusă a copilului său se detaşa de cea a feţei copilului mort. Ea nu era conştientă de legătura dintre cele două feţe. Dar dacă ea ar fi fost conştientă, nu ar fi putut probabil, pe de altă parte, să facă mare lucru[3]. Conştiinţa intelectuală şi înţelegerea unei dificultăţi psihologice ajung foarte rar să se debaraseze şi să schimbe comportamentul. Schimbarea trebuie să se facă în mod egal şi în plan emoţional.

Se întâmplă ca moartea cuiva (sau suferinţa) să cauzeze celor ce ascultă povestirea ceea ce se numeşte traumatism indirect. Chiar dacă nu a fost fizic, ei sunt foarte afectaţi de traumatism: ei îşi reprezintă în vis scena violentă, suferă de gândurile obsedante ce se învârt în jurul evenimentelor traumatice. Nevasta unui agent de poliţie, de exemplu, auzind povestirea morţii unui coleg al soţului, îl vedea fără încetare pe soţul său zăcând într-o mare de sânge. În astfel de situaţii, EMDR ajută eficient persoanele să-şi găsească echilibrul.

Alt caz: un psiholog israelian a cerut să fie ajutat, pentru că el credea că va înnebuni. Avea fără încetare flash-back –uri şi coşmaruri referitoare la propria sa gazare la Auschwitz în timpul Holocaustului, deşi el nu era născut în acea epocă. În mijlocul şedinţei sale de EMDR, el a înţeles că mintea sa era pur şi simplu pe punctul de a rejuca vechile povestiri ale unchiului, mort cu 30 de ani înainte. El resimţea o astfel de empatie pentru acesta, când era copil, încât a substituit propria sa figură cu cea a unchiului în «amintirile» vizuale de pe câmpul morţii. În timpul EMDR, era scuturat de frisoane aşa cum o făcuse cineva care a trecut prin această experienţă. Chiar dacă n-ar fi fost vorba decât de un traumatism indirect, el purta, blocate în sistemul său nervos, acele senzaţii şi emoţii ce-l încercau de 30 de ani.

EMDR poate ajuta şi persoanele care, după pierderea unei fiinţe dragi, sunt asaltate de spaime pentru propria lor securitate. Pierderea zguduie convingerea noastră profundă că viaţa va urma mereu în aceeaşi manieră, previzibilă, şi fără schimbare. Când pierdem o fiinţă iubită, este dificil să ne simţim noi înşine în siguranţă. Zi de zi, noi trăim toţi într-o iluzie că stăpânim până la un anumit punct cursul vieţii noastre. Pierderea ne dă impresia de a fi eşuat. Mulţi oameni încep atunci să consume alcool sau să se drogheze, pentru a opri tristeţea şi frica, ceea ce are ca singur efect să ajute

dependența și slăbiciunea cu paleta lor de emoții neplăcute. Se știe că alcoolul și drogul, care liniștesc uneori momentan suferința, pot împiedica procesul doliului[4].

Uneori, emoțiile sunt atât de profund îngropate, că nu înțelegem motivul detresei noastre. Dar unele dintre cele mai rele suferințe pot veni de la frica de a cere sau a arăta altora nevoile noastre. Se încearcă uneori să se excludă suferința pentru că se crede că așa trebuie să se comporte sau pentru a ajuta un altul să traverseze durerile sale; aceasta nu face decât să înfunde suferința. Pare că există o oportunitate importantă după un deces. Dacă nu ne putem concentra asupra tristeții pe care o încercăm în acel moment, durerea poate fi închisă, dar ea nu poate să dispară. Din contră, elementele doliului nerezolvat pot să reapară mai târziu, sub formă de reacții nemăsurate la evenimente în raport cu doliul. De exemplu, o tânără femeie, a ajuns la ruperea logodnei pentru că era sigură că logodnicul său, un polițist, a fost rănit de un glonț. În timpul ședinței EMDR, ea și-a dat seama că nu a plâns destul moartea fratelui său și îi era frică să nu-și piardă și soțul. În același mod, pare că EMDR redeschide oportunitatea astfel încât un anumit fel de rezoluție a doliului poate surveni. Ea permite persoanei să plângă și să-și facă doliul într-un cadru protejat, unde ea nu mai trebuie să-și ascundă sentimentele sau să le deghizeze pentru a proteja pe altcineva.

Psihologul Therese Rando a propus un excelent cadru de înțelegere a procesului doliului[5]. Ea notează că cuvântul englez pentru «doliu», *bereavement,* are aceeași rădăcină cu verbul *to rob*, care înseamnă «a fura, a se sustrage». Când vedem smuls în mod injust și cu forța un obiect de valoare, reacția așteptată și naturală este cea a unei impresii de durere și de violență. Persoana în doliu se centrează spontan pe pierderea suferită, cu comportamente și expresii de durere și angoasă, și dorința lor de a anula decesul sau de a crede că el nu a avut loc. Când doliul se face fără complicații, persoana ajunge să intre în a doua fază a doliului, în care se concentrează activ pe nevoile personale și sociale care îi permit să se adapteze la pierdere și începe să-și creeze noi repere de identitate. În cursul fazei a treia, persoana în doliu învață din nou să trăiască în mod sănătos, fără persoana decedată. Această mișcare de centrare, trecând de la persoana decedată la ea însăși, apoi la lumea exterioară, face parte din procesul natural al vindecării, dar uneori acesta se blochează. Atunci EMDR poate să ajute la vindecare.

Procesul de doliu își trage beneficiile în general din timpul care trece, dar el nu are răspunsuri simple la întrebarea «cât trebuie să aștepți înainte de a cere ajutor ?». O persoană profund religioasă, în circumstanțe favorabile, poate considera moartea ca o eliberare pentru cel pe care îl iubea. Alții au nevoie de luni înainte de a putea să înceteze să reproșeze întregii lumi și lor înșeși pierderea pe care au suferit-o. Iar pentru alții, tristețea nu încetează. Aspecte ale decesului interacționează între ele cu evenimentele anterioare și suferințele nevindecate în timp. Ei au impresia că viața lor s-a oprit, în afară de ceea ce ține de interminabila lor durere. Complicație suplimentară, se întâmplă ca persoana în doliu să gândească că reacția sa este normală sau să creadă că, dacă manifestă mai puțină tristețe, ele nu onorează mortul. Atunci, a fi strivit de durere sau a nu se putea gândi decât la amintirile comune cele mai dezolante nu fac dreptate nici dispărutului, nici supraviețuitorului. Supraviețuitorii se forțează deseori să-și facă doliul într-un mod pozitiv, dar de multe ori, nu e suficient să vorbești despre asta, să te forțezi «să avansezi» sau să-ți mai dai puțin timp.

Pentru anumiți clinicieni, a interveni în procesul doliului, chiar dacă el trenează de mult timp sau este foarte dureros, va priva persoana îndoliată de tot ceea ce ea ar

putea căpăta din această experiență. Dar adevărul este că timpul nu este suficient pentru a vindeca toate rănile. Dacă era cazul, psihoterapia nu servea la nimic. Când vindecarea, blocată, nu avansează, intervenția EMDR nu scurt-circuitează procesul de învățare; ea pur şi simplu îl accelerează. Când tratamentul se pune pe roate, persoana în doliu are prize de conştiință şi reperează reacțiile sale stereotipe, dar legăturile sale cu persoana iubită subzistă. Ceea ce lasă în urma sa, este intensa suferință care împiedică persoana în doliu să se gândească calm la cel dispărut. Când atinge această pace interioară, poate să refacă contactul cu viața sa.

Pentru a ilustra această chestiune, iată transcrierea a trei şedințe de EMDR cu o mamă care şi-a pierdut copilul. Procesul de vindecare al Miei Russo, aşa cum ea l-a descris cu propriile cuvinte pe parcursul şedințelor, este reprezentativ pentru procesul spontan care se produce pentru numeroase persoane în timpul şedințelor EMDR.

Era cu zece zile înainte de a douăsprezecea sa aniversare când Billy Russo a fost omorât pe un pod de cale ferată la mai puțin de două blocuri de casă, în Noua Anglie. Un tren de periferie circula spre nord cu viteza autorizată de 130 km/h când conductorul văzu la distanță doi băieți care traversau calea ferată. Unul dintre ei traversă fără dificultate, dar al doilea se opri la jumătate şi se aplecă pentru că ar fi vrut să pună o monedă în echilibru pe şină înainte să plece.

Dar băiatul nu s-a ridicat, nu a sărit dincolo. A rămas înfipt acolo, aplecat înainte, şi şi-a strigat colegul. Îngrozit, conductorul a forțat frânele şi a declanşat sirena, dar în imposibilitatea de a se opri la timp, trenul a trecut peste copil. Cum s-a înțeles mai târziu, Billy Russo nu era distrat şi nici nu pregătea o prostie. Pantoful de baschet era prins sub traversă.

Accidentul s-a produs la ora 4 într-o după-amiază fierbinte de vară, la sfârşitul lui iulie. Când mama lui Billy, Mia Russo, s-a întors de la serviciu la ora 4 şi 15 minute, a remarcat o îmbulzeală, acolo spre podul de fier. A deschis poarta de la intrare a casei cu trei etaje în care locuia, şi s-a dus în apartamentul părinților săi, în primul rând să-l găsească pe fiul său. Tatăl Miei, pensionar, îl supraveghea pe Billy în timpul zilei în orele de serviciu ale Miei. El îi spuse fiicei că Billy a plecat să se joace cu colegul său Jerry. Mia a rămas la tatăl şi mama sa până la ora 5, apoi a urcat încet în apartamentul pe care îl împărțea cu Billy la etajul 3. Puțin mirată, a observat că fiul său nu se întorsese încă. De obicei, el şi Mia mâncau împreună înainte ca Mia să plece la serviciul de noapte la un magazin de spirtoase al fratelui său unde era casieră. Mia era mamă celibatară, avea 33 de ani şi muncea mult.

La ora 5 şi 15 minute, Mia a început să-şi facă griji puțin. Billy venea la timp de obicei. Ea se duse la etajul 2, unde locuia fratele său cu ai lui, apoi coborî la părinți la primul etaj. Billy tot nicăieri. Mia se hotărî să meargă la Jerry să vadă dacă Billy mai era acolo. Coborând scările pridvorului, se intersectă cu sora şi cumnata care veneau de la cumpărături. Ele au auzit că a avut loc un accident la calea ferată.

Mia mergea repede. S-a întors după colț şi a bătut la uşa casei lui Jerry. Niciun răspuns. Bătu iar. Tot niciun răspuns. Continuă să bată. Sigur era cineva.

În sfârşit, vecina de alături ieşi.

«Îl cunoaşteți pe fiul meu Billy ? întrebă Mia. Era cu Jerry, dar nu-mi răspunde nimeni.

—Jerry a plecat cu ambulanța, spuse femeia, cu figura întunecată.

—Ce spuneți ?

—S-a întâmplat o nenorocire. A intrat fugind, a spus ceva bunicii şi i s-a făcut rău. A venit ambulanța. Cred că trebuie să mergeți să vedeți la pod, jos.

—Dar unde e ... ?

—Întrebați la poliție. Nu ştiu mai mult.»

Mia ezita.

«Du-te acolo. Acum!»

Mia coborî fugind pe podul de fier. Prin nebunia vehiculelor de securitate, maşinilor de poliție, vecini şi gură-cască, ea reperă un polițist în uniformă. Încercând să-şi recapete răsuflarea şi să-şi calmeze inima înspăimântată, a reuşit să pronunțe câteva cuvinte.

«Îl caut pe fiul meu, Billy Russo. Este aici ? A pățit ceva ?»

Drept răspuns, polițistul o prinse uşor pe Mia de braț şi o duse la maşina lui de patrulă.

«L-ați văzut ? Are 11 ani, are părul brunet şi ochii căprui. Şi gropițe în obraji.» Vocea Miei era întinsă, urca din ce în ce la fiecare frază. «Are părul mare şi țepos. Are gene mari şi poartă un şort verde, un tricou verde şi bascheți cu negru şi alb. Unde e ?»

Mia era acum palidă de frică, respira puternic. Au ajutat-o să se urce în spatele maşinii de poliție. A simțit zguduirea uşoară a portierei care a trosnit, a auzit încuierea portierelor.

Înmormântarea lui Billy a avut loc 4 zile mai târziu. Mia era încă în şoc, nu prea putea să vorbească. Billy era toată viața sa. Ea pierduse totul. Nu mai avea nici un motiv să lucreze în două locuri, nici un motiv să se trezească dimineața, nici un motiv să facă orice ar fi. Mia îşi reproşa moartea lui Billy. («Dacă eram acolo ... »), şi tristețea sa era agravată de faptul că era incapabilă de zece ani, în ciuda marii sale dorințe de a mai avea un copil, să rămână însărcinată. Ea se gândea că nu va mai avea niciodată copii şi că operația pe care o suportase pentru un cancer de col uterin, cu câțiva ani înainte, o făcuse sterilă.

Cu timpul, şocul Miei se transformă în tristețe apoi în depresie. Singurul lucru care o făcea să iasă puțin din prăpastia căscată de disperare în care se trezea dimineața era teribila durere a întregii familii. Billy era răsfățat de toată lumea şi moartea lui i-a frapat brutal pe toți; în plus, el murise chiar la şapte luni după bunica Miei.

Într-o noapte, aproape la o săptămână după accident, Mia a avut un coşmar, primul dintre numeroasele, în care ea se găsea la locul accidentului (în realitate nu i s-a permis să meargă acolo) şi vedea capul, bustul şi membrele lui Billy risipite printre şine. Se trezea plângând în hohote. La o zi sau două după, a sosit o scrisoare de la poliție, pentru mama Miei. Mia a deschis-o din greşeală. Era o copie a raportului poliției despre moartea lui Billy; conținea o schiță a locului accidentului ce indica precis unde s-a găsit fiecare bucățică din corpul lui Billy după impactul cu trenul. Mia fu distrusă. Era exact ca în visul ei.

Coşmarurile au continuat. În unele, era urmărită de un tren; în altele privea locul accidentului cu bucățile din corpul lui Billy. Mia a reluat serviciul de zi la antrepozit, dar lucra ca un zombi. Avea crize de plâns. Nu mai era capabilă să se concentreze. Şi-a dat demisia de la serviciul de noapte. În final, s-a mutat din apartament pentru că prea îi amintea de Billy.

Mia se gândea la accident în toate zilele şi se întreba fără încetare de ce. Ce lucruri asemănătoare i se puteau întâmpla unui băieţel ? Catolică fervent totuşi, ea încetă chiar să mai frecventeze biserica timp de mai multe luni. Moartea lui Billy i-a zdruncinat credinţa. În noaptea de după accident, la spitalul unde a fost dusă pentru a-i trata durerea, un preot a venit s-o vadă. Când el a început să-i vorbească de Dumnezeu, ea l-a oprit. «Nu-mi vorbiţi de Dumnezeu. Dacă ar fi existat, cum ar fi luat un copil inocent într-un mod atât de atroce ? Nu vreau să ştiu nimic de el. Nu vreau nici să-i mai aud numele.»

Mia continuă să sufere timp de un an, apoi lucrurile s-au agravat. În apropierea primei comemorări a morţii lui Billy, Mia era mai bulversată ca niciodată de pierderea sa, şi logodna ei, singurul lucru pozitiv din viaţa ei, luă o întorsătură proastă. Ea şi logodnicul său aveau dispute grave ce se învârteau în jurul geloziei; ei beau mult amândoi, între ei aveau loc violenţe fizice. O dată cu dispariţia lui Billy şi relaţia sa amoroasă se duse pe apa sâmbetei, ea se întreba pentru ce continua să trăiască. Nu înceta să-şi spună: «Dacă trebuie să fie aşa, viaţa mea, asta nu merită osteneala. Chiar nu merită ... »

Cam după şase săptămâni de la comemorarea morţii lui Billy, Mia înghiţi o doză masivă (aproape de 20 de ori doza recomandată) de Ativan, un sedativ pe care îl lua pentru anxietate. Logodnicul a descoperit-o la timp şi a dus-o rapid la spital, unde i s-au făcut spălături la stomac. A petrecut patru zile la secţia de psihiatrie, apoi au trimis-o acasă.

«Nu aveţi o problemă de psihiatrie, i-a spus psihiatrul. Nu sunteţi bolnavă mintal. Pur şi simplu aţi trecut prin încercări grele. Trebuie să învăţaţi să le gestionaţi.»

Dar Mia, în prezent în concediu medical, a consultat un psihiatru în fiecare săptămână. Ea lua Ativan şi Prozac, un antidepresiv puternic. Aceste medicamente o calmau, dar nu-i plăcea senzaţia pe care i-o dădeau. Pentru ea totul era confuz. În plus, ea nu mai putea să-şi urmeze psihoterapia. Chiar dacă onorariile psihiatrului erau plătite cam 80% de casa de asigurări, ea se îndatora tot mai mult pentru a plăti cei 20% ce-i reveneau. Îi explică psihiatrului că nu mai putea să vină; el i-a propus atunci să contacteze un terapeut care făcea cercetări despre EMDR. Poate putea să obţină o psihoterapie gratuită.

La două săptămâni după tentativa de suicid, Mia a început tratamentul cu dr. Steven Lazrove, un vechi chirurg devenit psihiatru care lucra la institutul de psihiatrie din Yale. Steve, care era format în EMDR, lucra cu un mic eşantion de clienţi suferinzi de sindrom de stres post-traumatic şi aduna informaţii pentru a afla dacă EMDR merita cercetări aprofundate. Dacă era cazul, el participa într-o echipă la punerea pe picioare a unui studiu formalizat la scară mare despre această tehnică. Mia, care s-a adresat lui Steve cu diagnosticul de sindrom de stres post-traumatic, îndeplinea condiţiile definite de studiul preliminar. Totuşi, un număr de colegi mai în vârstă s-au opus intrării Miei în eşantion; neliniştile lor erau în legătură cu gravitatea simptomelor sale (depresie majoră, sindrom de stres post-traumatic şi pulsiuni suicidare): nu putem spera în mod rezonabil ca EMDR să fie eficientă, ea poate chiar să deterioreze situaţia. Steve nu era de aceeaşi părere: «Asta-i viaţa, spunea el, sunt pe drept persoane ca ea pe care putem afirma că le putem ajuta.» Steve a discutat îndelung cazul Miei cu primul psihiatru de acolo şi ei au decis împreună că nimic nu se împotriveşte la urmarea tratamentului EMDR.

Când Mia se așeză într-o sală de consultații cu ziduri goale din institut, Steve așeză perpendicular față de ea propriul fotoliu la mai puțin de 30 de cm de cel al Miei. Steve și ea s-au întâlnit o săptămână mai târziu pentru a trece în revistă ceea ce s-a întâmplat în momentul morții lui Billy cu problemele pe care le-a întâmpinat Mia după aceasta. Ședința a fost dificilă pentru Mia. Mia începu prin a citi cu voce tare povestea morții lui Billy, deși i-o povestise lui Steve încă de la prima lor întâlnire. Cu bărbia ridicată citea încet, cu o voce profundă, plină de durere.

Când a terminat, Steve o întrebă: «Când citiți asta, azi, la cât estimați tulburarea a ceea ce simțiți, pe o scală de la 0 la 10, unde 0 corespunde lui «neutru» și 10 celei mai rele experiențe pe care v-o puteți imagina ?

—10, răspunse Mia imediat.

—Care este pasajul care vă tulbură cel mai mult, cel mai puternic pentru dumneavoastră ?

—Bucățile corpului său.

—Aveți o imagine cu asta în mintea dumneavoastră ?

—Da.

—Când o vedeți, care sunt cuvintele care vă vin, cuvinte ce vă vorbesc dumneavoastră ?

—Groaznic, teribil, incredibil.

—Și asta ce vă spune dumneavoastră însevă ?

—Am momente când nici nu cred asta. Nu mă pot descotorosi, e mereu acolo. Mi se pare că va fi mereu acolo. Am mereu aceeași imagine în cap.

—Când vedeți această imagine, ce vă spuneți ? Auzea vocea abia șoptită a Miei. «Sunt vinovată. Era responsabilitatea mea, chiar dacă lucram. Avea 11 ani, nu era departe de locul în care eram eu, el nu a mai urcat niciodată înainte acolo sus.

—Ce v-ar plăcea mai mult să gândiți.

—Că a fost un accident.

—Puteți să vă descrieți emoția ?

—O durere în piept. Un vid, ca și cum mi s-ar fi furat o parte din mine, o parte din inimă. Viața mea a fost complet răsturnată.»

Steve îi ceru Miei să se concentreze pe imaginea bucăților din corpul lui Billy și începu mișcările oculare.

După prima secvență, Steve a remarcat că, în spatele ochelarilor cu lentile fumurii, ochii Miei erau plini de lacrimi. Îi întinse o cutie cu șervețele de hârtie, dar ea nu a vrut să ia . Steve voia ca ea să se forțeze să oprească lacrimile și să le blocheze înainte ca ele să țâșnească și să se rostogolească pe obraji. Aștepta să vorbească, dar ea nu spuse nimic.

«Lăsați să vină ceea ce vă vine în minte, spuse Steve încet. Primiți ceea ce vine și lăsați să treacă.» Au început o altă secvență de mișcări oculare. La sfârșitul ei, Mia stătu tăcută mult timp, apoi spuse că «imaginea se ștergea, apoi încerca să revină».

«Continuăm ?

—Da.»

A treia secvență de mișcări oculare dură mult timp, poate două sau trei minute, «Ce se întâmplă ? » întrebă Steve când se termină.

—Scena s-a schimbat. Partea cu şina a dispărut. Eu nu am fost niciodată acolo sus, dar, în minte eram. Am fost acolo cu mintea când eram în maşina de poliţie.» Imaginea începea să se altereze. Era semn bun.

A patra secvenţă a fost şi ea lungă. Spontan, Mia a început să traverseze evenimentele ulterioare în ordine cronologică, descriind o schimbare de decor la ieşirea din fiecare secvenţă. Aceasta se produce des în EMDR. Când tratamentul informaţiilor se anclanşa, amintirea împrejurării traumatice era capabilă să se completeze ea însăşi în loc să rămână blocată la momentul cel mai oribil.

«Eram cu familia ... erau toţi reuniţi în jurul meu, la mama, plângeau.

—Eraţi acolo ?

—Eram acolo.

—Continuăm de acolo.

După a cincea secvenţă, Mia spuse: «Am plecat de la mama. Eram la înmormântare. Nu voiam să ies din maşină. Apoi am ieşit. Nu-mi dădeam seama că sunt acolo. Când au adus sicriul, au pus o fotografie cu fiul meu şi cu mine deasupra. Nu mă puteam opri să privesc această fotografie.»

Au făcut a şasea secvenţă.

«Am revenit la mama. Am urcat la etajul 3 şi mi-am făcut valiza, îmi împachetam lucrurile.

Făcură a şaptea secvenţă.

«Eram la serviciu, făceam ambalajele. Am revenit la muncă. Oamenii încercau să fie drăguţi.»

A opta secvenţă.

«Era Ziua Recunoştinţei. Vacanţă. Fiul meu şi cu mine, trebuie să fi fost prima noastră Zi a Recunoştinţei singuri, eu cu el, atât. Dar nu era acolo. Apoi era Crăciunul, şi nu erau cadouri şi brad. Era o zi ca oricare alta.

—E foarte trist. Puteţi să rămâneţi în contact cu tristeţea ?»

Mia scutură din cap şi făcură a noua secvenţă.

La sfârşitul acesteia, Mia spuse: «Puneam flori pe mormântul fiului meu. Şi-mi spuneam că nu va reveni niciodată.» Vocea ei era mereu greu de auzit, faţa încremenită de efortul pe care-l făcea pentru a suporta valurile de durere care o treceau.

Făcură a zecea secvenţă. Erau douăzeci şi opt de minute de când au început mişcările oculare.

«Îl duceam, într-un vis pe care l-am avut. Îl duceam, îi ceream să rămână, să mai rămână puţin. Aveam pur şi simplu senzaţia că-l ţin. Dar m-am trezit şi el plecase. Dar a fost ca şi când ar fi fost adevărat.»

Făcură a unsprezecea secvenţă.

«Încă mai văd trenuri ... Se văd mereu şi nu mă pot opri să urc acolo ... le văd mereu, ca în vise. Le văd tot timpul trecând pe lângă mine.»

Secvenţa a douăsptezecea.

Atunci Mia descleştă mâinile şi apucă braţele fotoliului. «S-au întâmplat multe lucruri. Am fost la biserică, am lăsat vorbă pentru o mesă pentru fiul meu, am aprins lumânări. Şi totuşi, îl văd încă. Foarte clar. Pot să-l văd. În inima mea, nu vreau să las să plece această imagine.

—De ce vă temeţi, dacă o lăsaţi să plece ?

—Billy o să dispară.» Câți dintre noi au suferit așa ceva ? Să-ți fie teamă să nu pierzi persoana niciodată, dacă lăsăm imaginea să dispară, sau durerea.

«Rămâneți în contact cu asta.»

După a treisprezecea secvență mia spuse: «Am prins o secundă ca să însoțesc această imagine. Ea a rămas. Nu a plecat. Apoi m-am văzut singură, mergeam singură. Nu mai era cu mine.»

Făcură a paisprezecea secvență.

«Eram cu Ray {*logodnicul său*} ... eram singură, și apoi eram cu el, și vedeam un film, *Mrs. Doubtfire*. Râdeam. Eram fericită. Un pic din tristețea mea plecase.»

Au făcut a cincisprezecea secvență.

«Am văzut că au instalat bariere ... în locul în care a fost omorât băiatul meu. Totul îmi revine în minte în ordine, cum s-a întâmplat în realitate. Totul îmi revine în minte în bună ordine, cum a fost. M-am oprit în fața barierei.

—Barierele mai sunt acolo ?

—Sunt acolo. Au fost instalate în primăvară ... capul meu este ... mă doare capul. M-a luat durerea de cap.

—Dacă reveniți la scena de la început, cum e pentru dumneavoastră ?

—Cum este ? Puțin cam vag. Reușesc încă să-mi amintesc, dar dispare.»

Steve îi ceru să evalueze intensitatea, de la 0 la 10.

«E la 5.

—Ce o împiedică să coboare mai mult ?

—Încă mai e acolo.

—Ce mai e acolo ?

—Bucățile din corp.

—Să mergem acolo. Lăsați-le să vină. Vedeți ce se întâmplă după.»

Au făcut a șaisprezecea secvență.

«E aceeași imagine. I-am spus fiului meu că nu pot să fac nimic pentru el. „Nu pot să te ajut. Nu pot să te adun la loc".

—Rămâneți în contact cu asta.»

Au făcut a șaptesprezecea secvență.

«L-am văzut pe fiul meu, spuse Mia, cu o voce slabă. Mi-a spus: „Nu poți să mă aduni la loc. Dumnezeu m-a pus la loc, pentru că acum sunt înger". Și era întreg.

—Rămâneți în contact cu asta.»

După a optsprezecea secvență, Mia se smiorcăi și zise: «L-am văzut în cer, cu bunica. Erau amândoi acolo sus, priveau în jos.

—Cum vă simțiți ?

—Mai bine.

—Rămâneți în contact cu asta.»

Au făcut o foarte scurtă a nouăsprezecea secvență, după care Mia a rămas tăcută mult timp. În sfârșit, spuse: «I-am cerut bunicii să aibă grijă de Billy, și ea mi-a spus că o s-o facă. El e cu ea.

—Ce înseamnă pentru dumneavoastră ?

—Că cineva are grijă de el.»

Au făcu o a douăzecia secvență.

«Mi-a spus că e bine. Zicea „Fii fericită, eu sunt bine".»

Au început a douăzeci şi una secvenţă. În timp ce Mia făcea du-te-vino cu ochii, Steve o întrebă: «Înseamnă că e bine să fii fericit ?»

Secvenţa terminată, Mia spuse: «I-am spus că nu vreau să fiu fără el. E dificil să fii fericit fără el. El mi-a spus că trebuie să încerc. E suficient să încerc.

—Şi merge ?»

Mia acceptă.

După a douăzeci şi doua secvenţă. Steve întrebă: «Scena de la început cum e acum ?

—Nu e rea. Aşa cum a apărut ...

—Pe o scală de la 0 la 10 ?

—La 10.

—Cum vă simţiţi ?

—Mă simt mai bine.

—Închideţi ochii acum şi explorati senzaţiile din corp. Ce remarcaţi ?

—Mă simt alinată. Am impresia că mă simt mai în largul meu ca şi cum mi s-ar fi ridicat o greutate. Când îmi amintesc cum mă gândeam înainte, era foarte dur, mă făcea să sufăr. Dar nu mai văd lucrurile aşa. Partea dureroasă a trecut.

—E bine să încerci să fii fericită ? întrebă Steve.

—Da.

—Ne oprim aici ?

Au terminat a douăzeci şi treia şi ultima secvenţă a zilei, la o oră şi unsprezece minute după ce s-au întâlnit. În această şedinţă EMDR, prima din trei pe care le vor face împreună, Steve şi Mia s-au centrat pe moartea oribilă a lui Billy. Aşa cum e cazul la o mare parte dintre persoanele în doliul, EMDR a făcut-o pe Mia să treacă atât de rapid dincolo de acest aspect al tristeţii sale. Este şi pentru că persoana îndoliată îşi dă seama că nu e important modul în care persoana a murit. Ce contează, este că nu mai e acolo. Detaliile nu contează. Urmând protocolul pe care Steve l-a construit pentru lucrul cu doliile complexe şi dureroase, şedinţa următoare cu Mia trebuia să fie centrată pe consecinţele absenţei lui Billy.

Săptămâna următoare, Steve şi Mia se reîntâlneau pentru a doua şedinţă de EMDR.

«Cum vă simţiţi ? întrebă Steve.

—M-am simţit cu adevărat bine toată săptămâna, până ieri, când am văzut un băieţel care mi-a amintit de Billy. Apoi, m-am gândit la el din nou.

—Când vă gândiţi iar la scena de la început, cum vă apare ?

—La început, era la 0 toată săptămâna. M-am simţit foarte bine. Dar acum, aş zice 2. E în legătură cu băieţelul ...»

Pentru Steve, era acolo un semn bun. Când oamenii fac o parte din travaliu, dar ştiu că a mai rămas o parte de făcut, ei se protejează aproape până la şedinţa de terapie. În acel moment, dintr-o dată, se produce ceva, sau reîncepe o amintire. Aceasta arată că se pregătesc să continue. Steve a remarcat şi că limbajul corporal al Miei vorbea încă de depresie: faţa ei era palidă şi fără expresie, încadrată de două şuviţe grele de păr brunet ce coborau de pe frunte. Ei au ţintit această impresie de «nivel 2»; ce se ivi în mintea Miei, nu era imaginea bucăţilor din corpul lui Billy care o obseda în timpul şedinţei trecute, dar o amintire în care se vedea la locul dramei, se zbătea cu furie să urce pe calea ferată şi să vadă corpul fiului său, în timp ce familia şi poliţia o reţineau. Pe

parcursul travaliului EMDR cu această amintire, o imagine complet diferită apăru, şi Mia începu să plângă încet.

«L-am văzut pe fiul meu, i-am văzut faţa. Foarte fericit. Am văzut că zâmbea.» Figura Miei se destinse. «Nu puteam să-l las să plece pentru că din acel moment, el va fi cu adevărat plecat. El a spus: „Plec, trebuie să mă duc". „Pentru ce trebuia să cadă asta pe tine ?" am întrebat. „E aşa cum trebuia să fie. Trebuie să plec. Nu pot să revin. Ne vom regăsi".

—Puteţi să-l lăsaţi să plece ?

—Nu ştiu. Voi încerca, dar nu ştiu dacă am să pot.

—Bine, rămâneţi în contact cu asta şi lăsaţi să vină ce va veni.»

În timpul secvenţei următoare, Mia începu să-şi mişte buzele, ca şi cum ar fi vorbit încetişor cu cineva. Când Steve opri secvenţa, ea îşi ridică ochii.

«S-au dus, şi era furios pe mine, pentru că nu-l lăsam să plece. Spunea: „Lasă-mă să mă duc. Trebuie să mă laşi să mă duc". Şi a dispărut. Nu l-am mai văzut. Dar era furios pe mine.

—Ce înseamnă asta ?

—Asta înseamnă că eu trebuie ... dar e greu pentru că, în toate zilele, va trebui să trăiesc cu asta, că el a plecat. El nu ştie ce îmi face asta. Dar poate că ştie. Eu nu ştiu.

—Rămâneţi în contact cu asta», spuse Steve, şi au început altă secvenţă. Ghidând mişcările oculare ale Miei, Steve o întrebă: «Mia, vedeţi o diferenţă între a-l lăsa să plece şi a-l uita ?» Această întrebare avea ca scop s-o ajute la elaborarea trecerii peste un obstacol de care se ciocnea mereu.

«Nu.

—Credeţi că Billy vă cere să-l uitaţi ?

—Nu.

—Poate vrea să vă spună altceva.»

Au făcut o altă secvenţă.

«Vrea să spună altceva. Sunt două lucruri absolut diferite. Pot să-l las să plece fără să-l uit, pentru că, oricum, el va fi mereu acolo.»

Altă secvenţă.

«Vrea să-mi spună că nu e la fel, a-l lăsa să plece şi a-l uita. „Nu uita cum am fost, amândoi. Pentru că tu o vei avea mereu. Nimic nu va putea să ţi-o ia". Să mi-l amintesc cum era, nu cum i s-a-ntâmplat. Acum, voi fi capabilă să-l las să se ducă.»

Au început o altă secvenţă, în timpul căreia Steve întrebă: «De data asta, e bine ?

—Da, acum e. A plecat, acum.

—Şi ?

—E bine. A plecat, în sensul că a plecat corpul său, dar el nu va fi niciodată plecat.

—Aşa e.

—Chiar dacă vei fi în amintirea mea, tu vei fi mereu acolo.

—Puteţi să continuaţi pe această idee ?

—Da. Vreau să fac tot ce o să pot.

—Rămâneţi în contact cu asta, spuse Steve, şi o ghidă pe Mia într-o scurtă secvenţă.

—Putem spune că se mişcă altfel, spuse ea.

—Cum adică ?

—Am alte sentimente în raport cu ceea ce s-a întâmplat. Dar el va rămâne cu mine, chiar dacă lucrurile se schimbă ... serviciul meu, unde ne mutăm, nu contează. El va fi încă cu mine.

—Cum vă simțiți spunând asta ?

—Mai bine.

—Când reveniți la scena de la început, cum e pentru dumneavoastră, acum ?

—E puțin cam vag, acum. Nu vreau să mai urc acolo {*pe șine, unde Billy a fost omorât*}. Nu mai am chef deloc. Vreau să-mi amintesc ce s-a întâmplat, dar vreau să uit cum s-a întâmplat. Şi el a plecat, ca şi alții care nu contează cum au plecat. Dar eu nu-l voi uita niciodată [6].

—Şi unde e acum, de la 0 la 10 ?

—0.

—Şi e adevărat că a fost pur şi simplu un accident ?»

Mia se opri, apoi spuse: «Este foarte adevărat. Un accident. Nicio diferență cu moartea bunicei mele. Ea era foarte în vârstă.

—Bunica dumneavoastră ?

—Am crezut că a plecat să-l vegheze pe Billy. Ea a plecat mai devreme pentru a putea să-l vegheze.

Şi-atunci, sunteți responsabilă ?» întrebă Steve, pentru a verifica progresele. Era deseori unul din punctele de blocaj cele mai dureroase.

«Nu pot ... » Vocea Miei se stinse.

«Rămâneți în contact cu asta.»Steve îi făcu o mică secvență.

«Am făcut ce am putut pentru el chiar dacă era acolo. Eu nu puteam să mă agăț pur şi simplu ... la fel să-l las să plece. Nu mai sunt responsabilă pentru el.»

Altă secvență.

«Asta s-a schimbat. Nu mă mai gândesc la toate aceste lucruri. Vinovăția a dispărut. Totul a dispărut. Este aşa cum trebuie să fie, acum. Totul a dispărut.» Odată ce totul a dispărut, trebuie acceptat tot ce vine. Ajungând la această acceptare, ea trecea deseori prin apariția sentimentului unei noi identități. Mia nu mai putea să definească viața sa în jurul faptului de a fi mama lui Billy, din păcate. În plan emoțional, trebuia să i se definească ceea ce avea să păstreze şi ce putea să lase la o parte.

«Puteți să trăiți cu asta ?»

—O să încerc.»

O altă foarte scurtă secvență.

«Voi încerca să trăiesc cu asta şi să accept lucrurile aşa. O să încerc să continuu.

—Ce vreți să spuneți cu „încerc să continuu" ?

—Să încerc să reiau lucrul. Nu ştiu dacă vreau să reiau acest job. Când sunt acolo, mă simt rău pentru că eram acolo când a fot omorât. Poate aş putea să fac altceva.

—Puteți să păstrați asta în minte şi să vedeți ce se întâmplă ?»

Altă secvență.

«Nu mă văd întorcându-mă. Am avut grijă de nepoții mei de două ori pe săptămână. Aş putea să fac aşa ceva. Mă simt mai bine cu copii în jurul meu.

—Continuați cu ce vă vine să spuneți. Respirați între timp.»

Altă secvență.

«Mă văd cu copiii, nepoții mei, cei doi băieți ai logodnicului meu. Mă văd cu ei. E ca un alt mod de viață, nu să mă ocup de Billy, dar să am responsabilitatea de a mă ocupa de un copil. Sau să adopt un copil. {*Medicii i-au spus Miei că probabil nu mai putea să aibă un copil*}. Sunt o mulțime de puști care ar avea nevoie de părinți.»

Altă secvență.

Mai zâmbi. «Aș vrea să fie ai mei. Și nu vreau decât să-i iau. Dar nu văd cum aș putea să fac. Aș putea poate să lucrez asta.

—E greu de știut ce o să se întâmple în restul vieții voastre, spuse încet Steve, până într-o singură după-amiază ...

—E adevărat. Dacă aș crede, aș fi la fel ca înainte. Poate că pentru asta mintea mea rațională astfel. Pentru că am crescut un băiețel singură timp de doisprezece ani, și asta a fost o mare parte din viața mea, și accidentul mi l-a luat.»Mia nu mai dăduse răspunsuri atât de lungi. «Eu pot probabil să-mi regăsesc această parte din viață. Fără el, dar cu alți copii. Vreau să încerc să-l las să plece.»

O altă secvență.' Foarte scurtă.

«A plecat. Nu pot să-l uit. El nu-mi cere să-l uit. El îmi cere să-mi amintesc. Cred că trebuie să încerc s-o fac, să încerc să las asta să se ducă. Nimeni nu poate să o facă în locul meu. E cel mai greu. Trebuie să o fac. Poate că trebuie să încerc în realitate. Nu cred că înainte am încercat în realitate. Încercam încă să mă agăț de orice, tot ce puteam găsi pentru a o păstra vie, dar nu mai pot să fac asta, pentru că el nu se va odihni niciodată în pace. Asta îl va deranja. Trebuie să lucrez în această privință acum. Să-l las să se odihnească în pace.»

Altă secvență.

«Eu văd mereu „dispărut, dar nu uitat". Văd aceste cuvinte în capul meu.» Lacrimile se rostogoleau acum pe fața ei, mâinile erau mereu crispate pe genunchi.

«Mia, nu pot să fac nimic pentru ca aceasta să nu mai fie trist. Cred că așa este. Este așa cum ne amintim.

—Este adevărat. Va fi bine dacă nu va fi trist, dar asta va avea probabil ceva anormal.

—Puteți trăi cu asta ? Vă convine ?»

Altă secvență foarte scurtă.

«Cred că merge.

—Simțiți că este adevărat până la ce punct, de la 1, complet fals, la 7, absolut adevărat ?

—Absolut adevărat.

—Păstrați asta în minte.» Și, pentru a întări cogniția pozitivă, mai făcură încă o scurtă secvență.

«Am avut impresia că mi s-a luat o piatră de pe inimă. Mă simt mai liniștită, ca niciodată înainte, cred. Mă simt mai bine în general.

—Cum vă simțiți în adâncul sufletului ?

—Mă simt încă rău, dar nu ca înainte. Cred că o să-mi fie rău mereu. E ca un vid, acolo. Nimic nu va putea să-l umple. Nimeni nu va putea să-l umple, e locul lui. Și eu pot să păstrez acolo toate amintirile cu el.

—Mia, aveți impresia că noi am lăsat astăzi ceva la o parte ?

—Nu. O să păstrez „dispărut dar nu uitat". Voi continua să mă gândesc acolo ... voi încerca să păstrez toate aceste gânduri în mine.»

Cu aceste cuvinte, şedinţa luă sfârşit.

Când Mia reveni o săptămână mai târziu pentru a treia (şi ultima) şedinţă de terapie, Steve a remarcat că avea tenul mai colorat şi îşi ondulase părul. Mai avea şi hainele în culori mai vesele printre care un violet strălucitor. Steve considera ultima şedinţă ca o ocazie de a verifica dacă a rămas ceva nerezolvat, frici sau credinţe negative care ar pute bloca încheierea procesului de doliu şi de vindecare la Mia.

«Cum a fost săptămâna asta ?» întrebă el.

—Bine. N-a fost rău deloc. Am păstrat în minte toate gândurile care îmi veneau, „dispărut, dar nu uitat". Am încercat să procedez în aşa fel încât să rămână aşa ... Am avut pasaje dificile. Am avut un vis în care era Billy. Stătea pe un scaun. Uneori, visele nu fac bine.

—Şi somnul dumneavoastră ?

—E bun. Prima scenă {*bucăţile din corpul fiului său pe şine*} e aproape neclară, acum. Înainte, de fiecare dată când mă gândeam, imaginile erau mărite. Era foarte , foarte greu. Acum nu mai e atât de greu. Nu mai sunt blocată în această scenă.

—După părerea dumneavoastră, în care scenă sunteţi blocată ?

—Chiar în faptul că a murit, cred ... nimic special, nu trenul sau împrejurările. Cred că trebuie să plâng când simt nevoia, asta-i tot.» Braţele Miei se odihneau pe braţele fotoliului. Vorbind, ea clătina capul şi avea faţa expresivă, faţă de altădată. Şi vocea ei era mai puternică.

«Aţi plâns, săptămâna trecută ?

—Ieri, am plâns din cauza unui vis. A fost pentru prima dată în această săptămână. Înainte, plângeam în fiecare zi.

«Nu pot să schimb ce s-a întâmplat. Moartea însăşi va fi mereu acolo. Îmi amintesc că va trebui să murim toţi într-o zi ... Ce vreau, este să-mi duc viaţa pe pământ, să-mi dau osteneala să fiu cumsecade. Pentru că ştiu că fiul meu este în cer. Dacă gândesc mereu aşa, ştiu că la urmă o să fiu cu el. Este ceea ce mă salvează, să-mi spun că într-o zi voi fi sus cu el.

—Asta vă spuneaţi când v-aţi pus eticheta: acesta putea să fie mijlocul de a merge acolo mai repede {*Steve face aluzie la grava ei tentativă de suicid*}. Aţi avut mereu aceste gânduri ?

—Da, sincer, puţin, da. Dar nu a fost o idee bună. Pentru că nu avem dreptul să punem capăt vieţii astfel. Dumnezeu va fi foarte furios pe mine. Am făcut rău multor oameni. În familia mea, au fost multe necazuri în legătură cu asta {*moartea lui Billy*}.

—Şi când v-aţi întors acasă {*casa mamei sale, în care trăise cu Billy*}, cum v-aţi simţit ?

Nu prea rău.

—Aţi suportat întoarcerea ?

—Da. Dar mi-ar fi plăcut ca părinţii mei să se mute. Este dureros pentru mine şi este dureros şi pentru părinţii mei. Dar nu e ca un apartament în care putem să împachetăm lucrurile şi să plecăm. Ei sunt proprietari.

—Dacă vă mai gândiţi la scena originară, ce vă va da, de la 0 la 10 ?

—0. Nu o mai văd aşa. Fiul meu nu mai e acolo {*pe calea ferată*}. A plecat. El se odihneşte la cimitir. Şi când vreau să merg să-l văd, este acolo.

—Dacă încercaţi să aduceţi înapoi această amintire, acum, ce se întâmplă ?

—Nu mai e prea dur, când mă gândesc la asta acum. Nu mai am acea durere în piept. Scena este foarte vagă. Înainte, totul era clar.

—Dacă ceva în această scenă vă tulbură încă, ce ar fi ?

—Trenul, oamenii, mașina de poliție în care eram, toate astea, ele nu-mi mai fac nimic. Dar mai este corpul lui.

—Vreți să încercați EMDR cu asta ?» Mia a clătinat capul. «Păstrați asta în minte {*imaginea corpului lui Billy*}. Ce simțiți ?

—Tristețe.

—Ce cuvinte vă vin mai bine cu această imagine, cuvinte care vă privesc ?

—Sunt îngrozită la gândul ăsta. Nu reușesc să cred asta.

—În prima noastră ședință, vă simțeați vinovată. Vă mai simțiți încă ?

—Nu mai e nimic. Nu mă mai blamez. Îmi reproșez cele două servicii la care mergeam.

—Păstrați în minte această impresie de reproș în timp ce vă rămâne această imagine. Când faceți asta, ce impresie aveți, la nivel corporal ?

—Nu a fost într-adevăr vina mea.»

Steve ridică mâna dreaptă și ei începură prima secvență a ultimei ședințe împreună. Ea dură foarte mult. După, Mia a rămas tăcută timp de câteva minute.

«Văd reproșul îndepărtându-se, pentru că nu era nimeni de blamat.»

Altă secvență.

«Ne văd ca la accident. Când ceva se întâmplă accidental, nu se reproșează nimic nimănui. Nu a fost intenționat.

—Sunteți sigură de asta ?

—Absolut sigură.»

Altă secvență.

«Consider că a fost un accident, asta e. A fost pur și simplu un accident. Nu a fost greșeala nimănui.

—Nici a dumneavoastră ?

—Nu. Eu eram la serviciu, și, chiar dacă aș fi fost acasă, era chiar la un bloc distanță. Cum era să știu ce se va întâmpla acolo ? Poate aș fi putut să-i reproșez ceva puștiului care l-a dus acolo. Dar nu putem să-i facem reproșuri unui puști.»

O foarte scurtă secvență.

«Toate reproșurile au dispărut.» Mia vorbea lent, visător. «Nimeni nu e de blamat, cu atât mai mult celălalt băiat.

—Și munca dumneavoastră, cele două job-uri ?

—Nu. Eram obligată. Cine înțelege, cine nu. Eu mă ocupam de el, încercam să-i ofer tot ce voia. Dar nu știu sigur dacă el înțelegea bine, lui nu-i plăcea că aveam două job-uri.

—Când vă gândiți iar la toată scena, ce vă tulbură încă ?

—Reproșez companiei de cale ferată că nu a pus bariere. Fiul meu a suferit o nedreptate pentru că nu aveau asigurată securitatea echipamentelor. A fost un accident, dar era un copil, curios cum sunt toți copiii. Voia să cunoască totul. Un tren, pentru un puști, era sigur genial. „Ai văzut, un tren adevărat, ia zi !"

—Puteți să-i iertați asta ?

—Cui să-i iert ?

—Fiului dumneavoastră.

—Sunt încă ... furioasă pe el.»

În general e dificil să admiţi că eşti furios pe o persoană decedată (asta poate să ducă la sentimente de vinovăţie suplimentară), dar este vorba totuşi de o reacţie perfect naturală.

Altă secvenţă. Steve şi Mia erau în şedinţă de 30 de minute.

«Mă imaginez văzându-l şi spunându-i că sunt furioasă pe el. Mi-a produs multă suferinţă. În nici un caz nu a vrut să facă asta ... trebuie să încerc să-l iert pentru ce a făcut. »

Altă secvenţă.

Lacrimile se rostogoleau pe obrajii Miei, şi Steve îi întinse o batistă de hârtie. «Fiul meu îmi spunea mereu: „N-o să te părăsesc niciodată, mama" ... Mă gândeam la asta, şi la faptul că a plecat ... nu a vrut să-mi facă rău dar i-a sunat ceasul.

—Puteţi să acceptaţi ?

—E greu de acceptat, dar pot să încerc.»

Altă secvenţă.

«I-am spus că o să încerc să accept că nu mi-a făcut rău intenţionat. Nu ar fi urcat niciodată acolo dacă ar fi ştiut ce o să se întâmple.

—Deci fără reproşuri ?

—Nu.

—Dacă ar mai fi o bucăţică de reproş, pe undeva, ar fi împotriva cui ?

—Căilor ferate. A fost o tragedie absurdă. Cred că această istorie a piciorului său mă obsedează mereu pentru că dacă nu era înţepenit, se îndepărta de şine. O femeie care era pe-acolo l-a văzut încercând să-şi tragă piciorul. A încercat, dar nu a putut.»

O altă secvenţă.

«Era să-mi spun că aş fi vrut să fiu acolo ca să-l trag şi că aş fi vrut să-l întreb pe celălalt băiat de ce nu l-a ajutat pe Billy ... dar i-a fost frică.»

Altă secvenţă.

«Îmi vedeam fiul, îi vorbeam. Îmi spunea: „N-a fost vina nimănui, mamă". El nu a vrut să mă părăsească. Dar eu, trebuie să trăiesc. Asta mi-a spus tot timpul. E mai bine. Simt asta. E mai bine.

—Dacă mergem mai departe, departe în străfundurile dumneavoastră, întrebă Steve, ce face ca fraza „El a plecat cu adevărat" să nu fie în întregime adevărată ?

O secvenţă foarte lungă, poate de trei minute.

«Pot să-mi imaginez ... că a plecat ... Nu se face chiar aşa. Simplu. Nu se îngroapă proprii copii. Dar el a plecat cu adevărat. Aşa a fost. A plecat cu adevărat, şi nu mai pot să fac nimic. Pot pur şi simplu să încerc să accept asta, să încerc să continuu să trăiesc ce va urma. Să încerc să continuu.

—Mia, dacă vă întoarceţi acum la scena de la început, cu ce seamănă ?

—Cu nimic. Se spune că s-a-ntâmplat, dar nu s-a-ntâmplat. A plecat, asta-i tot. Scena asta nu mai poate să-mi facă rău. N-o s-o mai las să-mi facă rău, pentru că în nici un mod eu nu mai pot să schimb nimic. Poate că asta m-a tulburat tot timpul, înainte, pentru că mi-o reprezentam în această scenă. Dar mi-am pus în cap că nu a fost în această scenă ... eu am scos-o din scenă şi am pus-o în cer.

—Mai gândiţi-vă la tot ce s-a întâmplat în acea zi, plasaţi ziua în cap, şi dacă daţi peste o parte care pare să vă tulbure, deschideţi ochii, spuneţi-mi ce este şi o s-o lucrăm.»

Mi a rămas tăcută mult timp, apoi a spus: «A fost atunci când m-am întors la mama, când m-au adus de la spital. Mi-a făcut rău să-i văd așa {*părinții Miei, frații și surorile, soții lor și copiii au fost și ei foarte afectați de moartea lui Billy*}. Aveam o tristețe enormă în acel moment, dar voiam să le curm suferința.»

O altă secvență.

«Le-am spus că n-am vrut ca ei să sufere. Dar mi-au răspuns că trebuie să sufere un timp, trebuie.

—Puteți să trăiți cu asta ?

Altă secvență.

«Mi-au spus că e bine pentru ei să fie în doliu, că face parte din viață și că trebuie să-l trăiască. Dar erau mai neliniștiți pentru mine. Dar asta mi-a demolat familia, frații și surorile, părinții, nepoții. Pe moment, m-am simțit foarte rău, dar i-am încurajat. Și astăzi, cred că Billy m-a ajutat, pentru că nu văd cum aș fi avut forța să fac asta.

—Dacă vă gândiți acum la această scenă, acasă la părinți, cum e ?

—Nu prea greu. Mai puțin greu ca înainte.

—De la 0 la 10 ?

—Cam între cele două.

—Ce o împiedică să mai coboare ?

—Suferința.»

O altă secvență.

«Îmi văd familia, ei îmi spun că va fi bine. Cu siguranță au dificultățile lor. Scena nu mă mai tulbură la fel.

—Ce cuvinte vin cu asta, în raport cu dumneavoastră ?

—Îi iubeam mult.

—Mă întreb dacă vă reproșați că i-ați făcut să sufere.

—Da. Pentru asta am vrut să înlătur toată tristețea din lume.

—Acum vom face așa: luați tristețea întregii lumi și vedeți ce vi se întâmplă.»

Altă secvență.

«Mă gândesc că ei aveau nevoie să treacă peste asta. Le trebuia. Face parte din viață și nu pot să-i împiedic. Nu putem lua durerea nimănui. Îi iubim mult, dar nu e posibil.

—Cum vi se pare scena, acum ?

—Foarte normală. Ei au făcut ce aveau de făcut, și eu la fel.

—De la 0 la 10 ?

—0.

—Trecând peste toate evenimentele, să vedem unde se mai blochează încă. Ședința dura de o oră.

«Poate în faptul că eu nu i-am spus niciodată cu adevărat adio fiului meu.

—Mai departe.»

O altă secvență.

«Eu nu i-am spus adio după scena din acea zi, dar îmi amintesc veghea de seară, când fiul meu mergea la culcare.» Mia făcu o pauză, cu vocea sugrumată de lacrimi. «În fiecare seară, îl mângâiam și-l îmbrățișam pentru a-i ura noapte bună, și îi spuneam că îl voi iubi mereu. Și el îmi spunea același lucru: „Și eu, te voi iubi mereu". Și eu nu l-am mai văzut din dimineața zilei trecute; dormea când am plecat la serviciu. Și deci ... ultimele cuvinte pe care i le-am spus și pe care mi le-a zis, au fost „Te iubesc".»

O foarte lungă secvență. În pofida lacrimilor care îi înceţoşau ochii şi lui, Steve făcea du-te-vino cu mâna.

«De fapt, eu chiar i-am spus adio ... era ultima dată când îl vedeam în viață. A fost poate ca un adio, dar n-o ştiam în acel moment.

—Asta merge ?

—Da, merge.

O altă secvență.

«I-am spus într-adevăr adio. El m-a chemat în acea seară. Şi au fost ultimele cuvinte pe care le-am schimbat. Şi i-am mai spus adio şi la înmormântare.

—Cum vedeți scena, acum, Mia ?

—E mai bine. Mult mai bine.

—Este cum ar trebui să fie ?

—Da.

O altă secvență.

«Mă simt mai bine.

—Revedeți totul pentru a vedea dacă rămâne ceva înțepenit, blocat.

—Nu, eu nu mai blochez nimic. Cred că am lucrat totul în capul meu, lucrurile care mă bulversau pe mine. Şi am găsit răspunsurile la chestiunile care mă zăpăceau. Nu mă mai bulversează.»

Avem aici un rezultat important al terapiei EMDR. Mia ştia că ea era responsabilă de propria ei vindecare. Steve nu a făcut decât să asiste procesul. El i-a spus la sfârşitul ultimei şedințe: «Mi-ați permis să vă ajut. Acesta a fost un mare privilegiu pentru mine.»

Când a revenit Mia pentru o şedință de control opt luni mai târziu, Steve a înțeles că se simțea bine. Ea a rupt furtunoasa sa logodnă, s-a întors să trăiască în casa familiei şi a reluat serviciul la antrepriză. Nu mai avea nevoie să pună trecutul la distanță. Dormea bine şi nu mai avea amintiri obsedante în legătură cu tragedia. Şi, spre marea ei bucurie, era însărcinată. Medicii se înşelaseră. Când a revenit la institut pentru un control după 15 luni, Mia a adus cu ea bebeluşul Nicolas.

Steve o întrebă cum se simte acum în raport cu pierderea lui Billy.

«A fost foarte greu, spuse ea, dar trebuie pur şi simplu să continuu să merg înainte şi să pot să ajung aici. Trebuie să ajung aici. Viața tuturor e importantă. Viața părinților e la fel de importantă ca cea a copilului.»

«Am impresia că Dumnezeu mi-a dat o a doua şansă», adăugă ea. Avea lacrimi în ochi. Dar de data asta, erau lacrimi de bucurie.

Valurile de durere stârnite de moartea lui Billy nu au atins-o decât pe Mia şi anturajul ei familial. Viețile noastre se țes între ele cum rar ne imaginăm înainte ca tragedia să ne lovească. Conductorul trenului care l-a lovit pe Billy Russo a fost apoi spitalizat pentru traumatism. Când a părăsit spitalul, şi-a reluat lucrul. Cinci luni mai târziu, chiar înainte de ieşirea lui la pensie, a sucombat în urma unei crize cardiace.

În ciuda propriei dureri, Mia a fost mâhnită profund pentru el. Ar fi vrut să-i spună că ea ştia că nu a fost vina lui. «Nu ştiu pentru cine mă simt mai rău, pentru el sau pentru mine», spuse ea.

Reacția de compasiune a Miei e neobişnuită. «Când vorbim cu oamenii, primul lucru pe care-l spun, în general, este: „Şi de ce nu v-ați oprit ?"» spune Jim Duque,

conductor de tren vechi în meserie şi lider sindical. «Nu se poate opri un tren în plină viteză la mai puțin de un kilometru. Şi nu putem să-l dirijăm. Conductorul poate să facă absolut tot ce vrea, trenul va zdrobi totuşi tot ce o să apară brusc în calea lui. Conductorul poate să aleagă reacția lui față de situație, dar el nu controlează nici oroarea, nici tristețea nici vina pe care le suportă după.

«Nu putem să facem nimic altceva decât să asistăm la accident, îşi aminteşte Jim. Şi nu ştim unde să mergem să ne ascundem.»

În ianuarie 1973, Jim, atunci în vârstă de 30 de ani, conducea locomotiva unui tren de marfă într-un convoi de minereu de fier spre nord într-o secție din Missouri a Pacific Railroad de-a lungul râului Mississippi. În timp ce făcea un viraj strâns la 60 de kilometri sud de Saint Louis, Jim a văzut în dreapta sa un port fluvial în care erau acostate mai multe vapoare şi şalupe. O alee cu un pasaj la nivelul căii ferate lega micul port de un grup de case ce se găseau de cealaltă parte a căii ferate. Urmând procedura standard de abordare a unui pasaj de nivel, Jim ridică mâna dreaptă ca să tragă sirena şi scoase un semnal de avertisment. Apoi a observat că, puțin mai departe, ceva nu era în regulă.

Chiar lângă pasajul de nivel, erau două poduri, unul pentru strada care venea din minusculul sat spre nord, şi unul pentru calea ferată. Dar podul rutier era inundat, şi Jim distingea patru băieței care-şi împingeau bicicletele pe podul căii ferate. Ei erau la aproape 300 de metri în fața trenului. Cum a văzut băieții, Jim a acționat de urgență. Cu mâna stângă, a apăsat maneta de frână până la capăt în dreapta, ceea ce a acționat frânele în acelaşi timp asupra motorului şi asupra fiecărui vagon, şi a debreiat motoarele. Cu mâna dreaptă, trăgea fără încetare sirena. Bicicleta unuia dintre băieți s-a înțepenit în parapet. Copilul o scutura, încercând s-o elibereze. Apoi, spre liniştea lui Jim, copiii au auzit trenul ce se apropia. Toți patru s-au îndepărtat fugind, lăsând în urmă bicicleta înțepenită. Mulțumesc, Doamne, gândea Jim. Dar el se bucurase prea repede. Unul dintre copii reveni în viteză pe pod să salveze bicicleta.

Jim se agăța în van de sirenă; el văzu motorul său de şaptezeci de tone, lansat la nouăzeci de kilometri pe oră şi urmat de aproape un kilometru de vagoane încărcate de minereu de fier, stâlcind băiețelul cu tot cu bicicletă. Ultimul lucru pe care îşi aminteşte astăzi că l-a văzut, este acel copil de şapte ani, semănând ca două picături de apă cu propriul său fiu, care revenea fugind spre bicicletă exact în unghiul mort al lui Jim, în zona situată imediat la stânga cabinei. Apoi veni lovitura surdă a şocului. Jim avu brusc mintea goală. Toată grozăvia, din momentul în care Jim a remarcat copiii până la impact, nu a durat decât 30 de secunde.

Când Jim îşi reveni, primul lucru pe care l-a reținut a fost că trenul, după ce a parcurs aproximativ un kilometru, s-a oprit acum. Într-un anumit moment, a dezactivat manual frânele independente ale motorului. Supapa care controla frânele era atunci închisă, ceea ce arăta că a fost eliberată manual închizătoarea automată şi dezactivate frânele secundare. Jim era cu respirația tăiată. De ce făcuse el asta ? Şi când ?

Amintindu-şi atunci lovitura surdă a şocului, Jim a sărit din cabină şi a început să traverseze calea ferată pe jos. Se ducea să-i spună copilului că nu e ceva grav. Că înțelegea de ce băiatul era pe podul de cale ferată. Sigur zdrobise bicicleta copilului, îi va spune că o să-i cumpere alta.

Jim a făcut probabil trei sute de metri de-a lungul vagoanelor când observă un cauciuc de la bicicletă sub tren. Nu a putut să meargă mai departe. A înțeles că a zdrobit mai mult decât bicicleta, și, până să revină la cabină, șeful trenului îl chemă și îi confirmă cele mai rele bănuieli. El găsise băiatul, și era mort.

În acea vreme, în 1973, nu se vorbea de «traumatism» pentru a desemna ce trăise Jim. Asta făcea parte din meserie: când lucrai la căile ferate, vedeai oameni care se zdrobeau sub roțile trenului. Când a terminat serviciul după accident, un coleg îi spuse lui Jim: «În tot cazul, vino la muncă grea mâine. Nu te pune pe boală mâine: riști să nu-ți mai revii. Vino să muncești din greu, și apoi îți iei cât timp vrei tu. Dar vino la lucru mâine.»

Jim urmă sfatul și continuă să-și trăiască normal viața. Numai că viața sa nu mai era normală. A început să bea mult. Ca mulți alții, Jim se servea de alcool ca să nu mai sufere, dar nu-l calma decât pe moment. Mai devreme sau mai târziu suferința revenea. Nu putea să doarmă noaptea, se trezea tresărind o dată la două sau trei ore. Suferea de gânduri intruzive și de descărcări emoționale recurente ce se învârteau în jurul accidentului; și era obsedat de imaginea băiețelului care traversa podul alergând. Când auzea vorbindu-se de un accident de cale ferată, aceste gânduri îl obsedau. Repartizat pe același traseu, a putut și mai puțin să suporte; traversarea podului declanșa flash-back-uri cu accidentul sfâșietoare. A cerut să fie mutat în altă regiune a rețelei, în așa fel încât să nu mai traverseze acel pod.

Tristețea, gândurile obsedante și alcoolul au fost tovarășii lui Jim în cei nouăsprezece ani ce au urmat. Căsnicia lui s-a năruit. S-a recăsătorit, dar noua uniune s-a soldat și ea cu un divorț. Fii săi creșteau și, în fiecare an ce trecea, Jim se gândea la băiețel: dacă ar fi trăit, ar fi avut în prezent opt ani ... nouă ani ... zece ani ... cincisprezece ani ... douăzeci și unu de ani ... douăzeci și șase de ani. Vinovăția îl ținea încleștat mereu. Își tortura creierul ca să vadă cum ar fi putut să facă altfel. La serviciu, nu a vorbit niciodată cu nimeni despre frâna secundară dezactivată, se simțea prea vinovat. Dacă nu ar fi eliberat frâna motorului, asta i-ar fi dat micuțului o secundă sau două în plus ca să scape. Intelectual, știa bine că una sau două secunde n-ar fi schimbat nimic, dar avea impresia că îndreptase o armă asupra capului copilului, și că apăsase trăgaciul.

În 1990, Union Pacific (acum fuzionată cu Missouri Pacific) a început să propună grupuri de susținere între cupluri de salariați care s-au confruntat cu ceea ce se numește în prezent «incidente critice». Jim, ce se apropia atunci de cincizeci de ani, era un bărbat foarte respectat pentru rolul de președinte al secției locale a «Fraternității conductorilor de cale ferată». S-a prezentat la una dintre primele sesiuni de două zile de formare în consiliere și susținere reciprocă. Programul era elaborat și dirijat de Tim Kaufman, consilier în resurse umane. El însuși conductor de tren, Tim înțelegea din experiența personală cât era de dificil pentru Jim să descrie precizia viziunilor, oroarea sunetelor pe care le auzea și să împărtășească cu alții ce simțea.

Tim a deschis formarea cerând micului grup de bărbați și femei, toți implicați într-un mod sau altul într-un incident critic, să «lase armele la ușă». «Nu vom vorbi de sindicat, nici de probleme de gestiune, le spuse el. Vom vorbi de incidente critice și de suport între cupluri. Ați plătit deja teribilul preț de admitere în acest atelier fiind implicați într-un incident. Prețul care trebuie plătit pentru a rămâne, este respectul pe care o să-l arătați fiecărei persoane prezente și pentru incidentul la care ea a fost expusă

şi confidențialitatea absolută pe care vă angajați s-o respectați şi menajarea a tot ce se va spune aici.»

«Bine, pot să fac asta, îşi spuse Jim. Dar n-o să povestesc tot. Nici vorbă să spun ceva despre frâna slăbită. Nici gând.»

Pe parcursul dureroaselor povestiri pe care oamenii le spuneau unul după altul, nivelul emoțional în încăpere urca repede. În fața grupului, ei povesteau despre morți, corpuri dezmembrate, tristețe şi, inevitabil, vinovăția care le rodea inima. Era prima dată în viața lui când Jim vedea douăzeci de bărbați plângând împreună şi el era unul dintre ei. Când veni rândul lui Jim, îşi dădu drumul şi povesti tot.

Mai târziu în aceeaşi zi, Tim l-a prezentat grupului pe Roger Solomon, un psiholog care lucra atunci pentru poliția statului Washington, pentru a le vorbi de EMDR. Roger a utilizat cu succes EMDR cu polițişti care fuseseră implicați în incidente critice. Tim nu ştia cum vor reacționa feroviarii, care în general sunt conservatori sceptici, macho şi deloc interesați de lucruri atât de extravagante ca psihoterapia.

El spuse grupului: «Dați o şansă EMDR să aducă dovezile sale şi, chiar dacă o să vă pară puțin ciudat, aşteptați înainte de a judeca.»

Înainte de a explica ce era EMDR, Tim şi Roger au propus participanților să spună care doreau să urmeze tratamentul. Jim Duque se găsea printre voluntari. Prin înclinația lui, o punea la îndoială. Nu cunoştea programul şi nu-l cunoştea pe Roger. Dar şi-a dat acordul pentru a încerca EMDR, şi se duse să încerce EMDR.

Roger şi Jim au decis să țintească imaginea intruzivă a băiețelului care traversa în fugă şinele pentru a-şi salva bicicleta. Jim resimțea tristețe şi vinovăție, pe care le rezuma astfel: «A murit din vina mea.» Cogniția sa pozitivă era: «Am făcut tot ce puteam.»

Roger începu secvența.

Primul lucrul care-i veni în minte lui Jim văzând degetele lui Roger în du-te-vino a fost să zică: «Bine, hai ! Ce e cu gluma asta ? » Şi apoi lucrurile au început să se anclanşeze. La a treia trecere dreapta stânga a mâinii lui Roger, Jim a început să retrăiască accidentul, secundă cu secundă. El se găsea din nou în cabina locomotivei, a acționat sirena, a zărit copiii pe şine, a pus trenul în stare de urgență, apoi a văzut copilul urcând din nou pe pod. Pe urmă, a auzit zgomotul impactului, dar de dat asta, mintea nu mai regăsea vidul. Avea conştiința vie în legătură cu tot ce-l înconjura, înțelegând aici mâna sa stângă pe maneta frânelor trenului şi mâna sa dreaptă pe punctul de a trage sirena.

Uşurarea a fost atât de mare încât se apropia de bucurie: Jim ştia că băiețelul nu a murit din neglijența lui. Ştia că el a dezactivat circuitul secundar de frânare numai după accident. El nu ar fi putut s-o facă înainte: nu avea mâna liberă ca s-o facă. Jim simțea cum tot corpul se redresează, cum vinovăția a fost o greutate fizică pe care nu o mai purta. Roger, care făcea du-te-vino cu degetele, vedea cum se luminează fața gravă a lui Jim şi cum țâşnesc lacrimi din ochii săi. Se putea citi pe fața acestui bărbat robust o expresie uimită, de alinare şi de fericire.

«În toți aceşti ani, m-am întrebat dacă micuțul ar fi fost azi în viață dacă eu nu aş fi făcut asta, dacă nu aş fi închis acea supapă de frână. Dar nu era adevărat. Eu nu am făcut-o decât după accident. Am făcut tot ce puteam. Nu puteam să fac mai mult.»

Mai târziu în acelaşi an, Tim îi dădu un telefon lui Jim ca să vadă cum se simte. Jim i-a spus că doarme bine, şi că nu mai bea fără motiv acum. Recunoaşte că se mai gândeşte la accident, din când în când, dar imaginea băieţelului nu-l mai obseda. Făcea în continuare munca de susţinere între cupluri pentru alţi agenţi de conducere implicaţi în accidente mortale. Pe deasupra, el îşi dorea să poată contribui la prevenirea acelor tragedii nesăbuite, ce intervin prin imprudenţă. «Va fi poate util, spunea el, ca oamenii să înţeleagă că cei ce conduc trenurile sunt fiinţe umane.»

NOTE

[1] G. Everly (dir.), *Innovations in Disaster and Ttrauma Psychology*, Elliot City (Maryland), Chevron Publishing, 1995.

[2] EMDR este astăzi utilizată de numeroşi psihologi aparţinând serviciului de poliţie din Statele Unite. Deseori, totuşi, se utilizează imediat după un omor, pentru că terapia aduce de multe ori o slăbire a imaginii evenimentului, ba chiar dispariţia definitivă. Chiar dacă clientul ştie încă ce s-a produs., această slăbire şi modificările imaginii traumatice pot fi contrare necesităţii în care se găsesc inspectorii de poliţie de a depune mărturie la tribunal şi de a face o descriere amănunţită a scenei de origine a crimei. Ei pot fi uşuraţi în plan emoţional graţie EMDR, dar ei trebuie de multe ori să continue să sufere până la finalul procesului. La tribunal, acest risc de slăbire a imaginilor şi de rezoluţie a emoţiilor în terapia EMDR trebuie în egală măsură să fie luat în seamă, în ceea ce priveşte eventualele mărturii.

[3] Când persoana omorâtă sau rănită are o asemănare cu unul dintre apropiaţi, dificultăţile salvatorilor sau membrilor echipei de prim ajutor sunt considerabil agravate.

[4] S. Zisook, R. DeVaul, «Grief, unresolved grief, and depression», *Psychomatics*, 24, 1983, p. 247-256.

[5] T. Rando, *Treatment of Complicated Mourning*, Champaign (Illinois), Research Press, 1993. Această excelentă lucrare prezintă o vedere generală asupra doliului normal şi a doliului patologic, şi etapele vindecării. În EMDR, terapia nu retrage nimic din ceea ce persoana îndoliată trebuie să-şi poată aminti, nici din ceea ce trebuie să învingă. Fazele vindecării şi cele şase principale procese ale doliului pe care le descrie dr. Rando se derulează în totalitate, în mod natural, cum se poate vedea în dialogul reprodus în acest capitol.

[6] Mia pune aici în cuvinte o profundă priză de conştiinţă. Totuşi, se ştie, atât clinic cât şi empiric, că moartea unui copil este cea mai rea pierderea pe care o putem înfrunta, mai rea decât pentru orice alt membru al familiei. Fără nicio îndoială, este doliul care prezintă cel mai mare risc de complicaţii. Se poate totuşi ajunge la rezoluţia doliului. O dată Mia vindecată şi refăcută cu propriile sale resurse spirituale, ea a văzut că toate legăturile erau prezente şi a putut să fie în pace cu întrebarea «de ce». EMDR nu «desensibilizează» numai durerea, ea retrage experienţa trăită. Am văzut alte mame verbalizând această priză de conştiinţă spunând: «Simt în inima mea. Sunt fericită pentru timpul pe care l-m avut cu el. E mai bine acolo unde este în prezent.»

10
Adicția

«Nu putem să ne sustragem istoriei, în ciuda suferințelor sfâșietoare pe care ni le aduce, și dacă facem față cu curaj, nu o vom mai trăi.»
Maya ANGELOU

A face psihoterapie, oricare ar fi ea, înseamnă a revendica stăpânirea experiențelor proprii trecute și a căuta să înveți să gestionezi mai sănătos ceea ce te face să suferi. Totuși, foarte des, prima noastră idee este să fugim în fața suferinței, în loc să-i facem față. De exemplu, persoanele care suferă de sindrom de stres post-traumatic au de opt ori mai multe tentative de suicid decât restul populației [1]. Nu e surprinzător că persoanele care au suportat traumatisme au mai mult decât altele tendința să abuzeze de droguri și de alcool [2]. Se estimează că 75% din populația generală a trăit într-un moment sau altul al vieții un eveniment care putea să antreneze reacții traumatice. Cum să nu ne mirăm atunci că dependența de produse chimice atinge proporțiile unei epidemii ?

EMDR merge dincolo de liniștirea suferinței. Chiar dacă nu au fost încă făcute studii formale până la capăt, s-au raportat cazuri de reușită cu EMDR în tratamentul clinic al alcoolicilor și toxicomanilor. EMDR este capabilă să repereze și să retragă rapid cauzele detresei subiacente care pot fi traumatice sau altele; deseori, se poate găsi un motiv al adicției în evenimentele din copilăria persoanei [3]. Copiii care au fost victimele unor crime sau maltratări fizice sau care au fost martorii unor violențe riscă mai mult să se drogheze mai târziu, ca și cei care au suportat atitudini parentale disfuncționale, printre care maltratările psihologice ca neglijența sau agresiunile verbale. Toți acești copii au crescut fără să aibă bazele necesare pentru a avea o bună stimă de sine, căutând să sufere mai puțin, ei sunt de multe ori atrași de diferitele forme de toxicomanie.

Copiii în mod special în pericol sunt aceia care au fost crescuți în medii haotice de către părinți închiși emoțional, traumatizați sau fără empatie pentru copiii lor, și care de multe ori ei înșiși au fost alcoolici sau toxicomani. În aceste situații, viața familială este dominată de alcool sau de drog, și copiii de multe ori trebuie să se descurce singuri. Acești copii încearcă să mențină o impresie de ordine prezentând ca normal, negând sau scuzând comportamentul toxicoman al părintelui, și au în egală măsură un sentiment cronic de abandon și insecuritate. Acești copii știu că în orice moment ei pot fi obiectul

unor violențe sau se poate face apel la ei pentru a proteja sau «salva» părintele. Chiar dacă copilul nu are obligatoriu puncte de comparație și consideră deci situația ca fiind normală, aceste experiențe negative pot avea un efect devastator asupra psihicului și dezvoltării personalității. Pentru a păstra un loc în familie, copilul e obligat să renunțe la o identitate independentă și trebuie să-și asume un rol în minciuna și disfuncționalitatea familiei și teribilul ciclu al traumatismelor declanșează o luptă care va dura toată viața.

În terapia EMDR, persoanele toxicomane reelaborează trecutul la fel de bine ca și situațiile care îi tulbură în prezent. Detresa devine atunci un semnal care atrage atenția la împrejurări și duce la reacție, nu la fugă. Clienții capătă competențe noi pentru a face față situațiilor viitoare: cum să gestioneze stresul fără să treacă prin alcool sau droguri și cum să reziste la obișnuiții declanșatori ai abuzului (vederea unei sticle de vin, de exemplu). În plus, se utilizează EMDR pentru abordarea declanșatorilor interni ai persoanei, de exemplu impresiile adultului de a nu fi la înălțime, care provin din traumatismul de origine și care pot la rândul lor să agraveze comportamentele toxicomanice.

Există probabil o predispoziție genetică la adicții la unele persoane [4], dar ereditatea și destinul nu sunt același lucru. Uzul unor substanțe se bazează pe interacțiunea dintre ereditate și evenimentele trecute sau prezente [5]. Putem schimba tot ce am învățat. Uneori e dificil, dar ce am trăit poate fi în general reelaborat. Chiar și când există o componentă genetică, EMDR apare clinic drept o alegere eficientă. În astfel de cazuri, este în mod special important să se atenueze ceilalți factori.

Acolo, EMDR nu trebuie niciodată să fie utilizată singură, dar integrată într-un dispozitiv destinat să-i aducă clientului confort și securitate. Ea funcționează mai bine când persoana participă în același timp la grupuri de susținere oferind o ambianță plină de căldură, ca la Alcoolicii Anonimi (AA) sau Narcoticii Anonimi (NA). În sânul acestor grupuri, persoana pierde impresia de solitudine și se simte membră a unei comunități. Când împărtășesc cu alți membri ai grupului experiențele dureroase, mulți dintre ei se pot identifica cu ceea ce gândesc sau cu ceea ce resimt, chiar dacă detaliile propriilor trăiri sunt diferite. Membrii grupului pot găsi senzații de legătură și de compasiune pe care nu le-au cunoscut de mulți ani uneori sau pe care nu le-au cunoscut încă niciodată.

Toxicomaniile nu încep întotdeauna în cursul unei seri calde sau pe o alee obscură. Pentru Amy Kuwabara, lucrurile au început într-un spital din Kansas, unde era o tânără infirmieră într-o secție de obstetrică-ginecologie. Amy adora aducerea pe lume a bebelușilor, dar, cum era nouă și fără vechime, a fost repartizată în schimbul de noapte, ceea ce nu-i convenea deloc. Cum nu se simțea bine când dormea ziua, Amy a fost curând epuizată. Într-o zi, a auzit de la alte infirmiere că luau somnifere ca să poată suporta rotațiile între schimbul de noapte și cel de zi. Amy a decis să încerce și ea pilulele, și a observat că era ușor să le procure: spitalul avea rezerve considerabile. Pilulele mergeau bine. Timp de câțiva ani, Amy lua ocazional ca să poată dormi, îi dădeau o senzație agreabilă, dar nu lua decât când era necesar.

În 1987, Amy, născută din părinți japonezi și crescută în Havai, a părăsit Kansasul pentru un contract de infirmieră itinerantă, și a făcut mai multe perioade de

muncă de spital de câte trei luni în diferite state. Aceste transferuri o duceau pe Amy de la sud la nord din California până în Alaska. Îşi iubea munca; Amy a fost mereu o solitară şi nu suferea că nu are niciodată timp pentru contacte cu colegii sau să stabilească prietenii intime. Ea nu se simțea în largul său niciodată în societate, la douăzeci şi şase de ani, nu avusese decât trei iubiți.

Pe de altă parte, acest serviciu de infirmieră itinerantă îi convenea prea bine. Situația avea ceva teribil de familiar pentru ea, mai puțin la nivel inconştient. Copil, Amy se simțea respinsă de familie. Îşi amintea cum a rămas în pridvorul casei într-o seară, ca să vadă cât timp îi trebuia familiei sale ca să remarce absența ei. Nimeni nu a remarcat nimic. Astăzi, rolul de străină care se aventurează în teritoriile altor oameni făcea să reapară impresia pe care o avea, copil fiind, a unei solitudini şi a unei izolări copleşitoare. Când era singură în postul de infirmieră, această durere reapărea în ea; se întorcea atunci spre unica sursă de fericire la care putea să ajungă: comprimatele.

Acest medicament era Stadol, un somnifer de sinteză care nu numai că atenua durerea emoțională şi o făcea pe Amy să doarmă, dar îi dădea impresia că se simte bine. Amy era uimită: nu se simțise niciodată atât de bine. Tentată să încerce alte tranchilizante decât cele pe care le poseda spitalul, morfină, Demerol şi Phenergan, ea îşi spuse că alți oameni care sufereau luau aceste medicamente şi se simțeau mai bine. Ea de ce nu ?

În mai puțin de un an, uzul sporadic al drogului nu era suficient pentru Amy ca să blocheze suferința. De fapt, ciclul drog-deficit nu făcea decât să ajute, şi adicția prindea propria viață. După asta, Amy a început să prezinte simptomele unui sindrom de epuizare cronică, deşi acest diagnostic nu a fost pus niciodată (aceste simptome puteau fi efectiv provocate de lipsa drogului) a fost spitalizată două săptămâni pentru depresie şi stare suicidară. La psihiatrie, personalul se forța să lucreze cu ea, i-au prescris chiar şi un antidepresiv, dar nimic nu calma suferințele ei.

La ieşirea din spital, Amy, care avea atunci douăzeci şi şapte de ani, a decis să se întoarcă acasă. Şi-a luat din nou vechea cameră la părinți din Honolulu, a găsit un job de infirmieră full time, şi a încercat să ducă o viață normală. În ciuda recentelor îngrijorări în legătură cu epuizarea cronică a lui Amy, părinții săi se aşteptau să o vadă luând integral în grija ei întreținerea fratelui şi surorii sale adolescenți, să se ocupe de rufărie şi să gătească. Amy avea impresia că are paisprezece ani: părinții lucrau amândoi în acel timp, şi ea mergea la şcoală având în întregime grijă de surioară şi frățiorul, încă bebeluş. Amy nu a spus nimic părinților despre spitalizarea pentru depresie; nu se vorbea de boli mintale în această familie japoneză.

Din nou infirmieră, Amy a început să ia Stadol din dulapul cu narcotice din spital închis cu cheia, ori de câte ori avea nevoie. Ea avea «nevoie» din ce în ce mai frecvent. Într-o seară, Amy îşi închipuia că îi trebuie un tranchilizant pentru că o dureau picioarele din cauza serviciului. Altă dată, a căutat doar o liniştire a infernului care era viața sa intimă. Amy a reînceput să trăiască aceleaşi emoții extrem de dureroase care, agravate de deficit, păreau să apară de oriunde. Cel mai mic incident îi stârnea lacrimile. Dacă era acasă, fugea în camera ei şi plângea în pernă, exact cum făcea când era copil.

Fiind dat modul în care Amy crescuse, o carieră de infirmieră părea ideală pentru ea. În vârstă de patru ani, ea a fost prea curând responsabilă de alți trei copii, chiar şi pentru a-i dojeni pentru prostii. Ea trebuia în mod egal să fie stoică şi niciodată

să nu arate tristeţe sau furie (dacă exprima ce simţea, tatăl său devenea turbat şi o bătea cu pumnii, îi dădea lovituri cu picioarele sau o bătea cu un umeraş de lemn. Nu era vorba de o lovitură sau două; erau veritabile şedinţe de corecţie). Mama lui Amy o ignora pur şi simplu. Nici un părinte nu-i mulţumea pentru nimic, orice făcea, chiar dacă era bine făcut. Cei doi părinţi au declarat că ea era «o eroare», că şi-au dorit un băiat. Acest tratament uniform umilitor îi lăsa lui Amy impresia că este invizibilă, fără interes şi foarte singură. Devenind infirmieră, a continuat să se ocupe de nevoile altora, primind mai multă recunoştinţă în schimb.

Nu i-a trebuit mult timp înainte ca Amy să ia regulat Stadol, sub formă de comprimate sau injecţii intramusculare, de mai multe ori pe noapte, pentru a căpăta rapid euforia care o elibera de proasta dispoziţie continuă şi să o facă să doarmă. Un an şi jumătate mai târziu, Amy a fost prinsă cu mâţa-n sac.

Spitalul a deschis o anchetă pentru a afla de ce anumite cantităţi de narcotice dispăreau. Amy ştia că ea nu era singura care fura medicamente (alte infirmiere şi medici o făceau), dar numele său în registrul de ieşire a medicamentelor arăta că ea luase mai multe narcotice decât alţii. A fost convocată de autorităţile spitalului care i-au spus că trebuia să se trateze, altfel o dădeau afară şi-i retrăgeau probabil diploma. Amy a acceptat să fie ajutată. Îşi iubea munca alături de mămici. Şi, mai important, nu-şi putea imagina să supravieţuiască ruşinii de a pierde diploma de infirmieră. Părinţii ar fi fost dezonoraţi; ei nu-i mai rămânea decât să se sinucidă.

În noiembrie 1990, Amy a fost suspendată din postul său şi a început trei luni de tratament ambulatoriu intensiv. Vedea un psiholog o dată pe săptămână, mergea la o terapie de grup sub conducerea unui consilier, o dată pe săptămână şi mergea la reuniunile AA de trei ori pe săptămână. Reuniunile de grup erau pentru ea aproape insuportabile. Ele o readuceau, în plan emoţional, la ceea ce trăise în singurul grup pe care-l mai cunoscuse, familia sa. Pentru Amy, să participe la un grup însemna să fie expusă fără apărare la critici feroce, respingere, maltratări fizice. Sosind la prima reuniune la AA, Amy a fost intimidată văzând câţi dintre toţi participanţii erau bine îmbrăcaţi. Atunci când organizatorul a anunţat pauza, ea s-a ridicat şi a părăsit camera în fugă. Inima îi bătea puternic şi avea degetele îngheţate. Grupul AA a devenit un declanşator de emoţii, de frică şi de durere care erau înscrise în trăirile copilăriei lui Amy.

Chiar în timpul programului de tratament, Amy continua să ia medicamente. Îi plăcea să ia medicamente. Datorită lor se simţea bine. Cum nu mai putea să-şi procure Stadol, lua alte somnifere. Într-o zi, a găsit sirop de tuse ce conţinea codeină în dulapul cu medicamente al părinţilor, şi a descoperit că acesta mergea foarte bine. Mai târziu, i s-a prescris fratelui Tylenol cu codeină, şi Amy îşi luă partea.

La sfârşitul celor trei luni, era evident pentru autorităţile spitalului că tratamentul ambulatoriu nu dădea rezultate la Amy. Un consultant de personal a recomandat să fie internată pentru a urma un program special destinat femeilor. Era forţată să accepte dacă voia să-şi păstreze autorizaţia pentru a-şi exercita meseria de infirmieră.

Amy a fost trimisă într-un centru de tratament pentru femei într-un spital catolic, şi i s-a oferit o cameră în aripa veche a confesionalului. Dimineaţa, veneau s-o trezească la ora 6 şi 30 de minute. Când trebuia să meargă la o întrunire a AA, cineva o ducea şi o aducea. Neavând nici un mijloc de a-şi procura medicamentele Amy s-a trezit

dezintoxicată şi abstinentă prin lipsă. Ea simțea unele simptome fizice ale deficitului, dar nimic insuportabil. Totuşi, profund fixate în ea, frica şi neîncrederea în oameni barau mereu drumul spre vindecare.

În centrul de tratament, i s-a cerut lui Amy să participe la reuniuni de grup de cinci ori pe săptămână. Aceste reuniuni erau animate de doi terapeuți care utilizau confruntarea pentru a ajuta persoanele dependente să facă față dificultăților. Ei au reperat imediat atitudinea de superioritate a lui Amy («Eu sunt o infirmieră calificată în timp ce, voi toți, trăiți din ajutor social») şi i-o deturnau. Amy a recunoscut că avea această atitudine, dar nu spunea nimic altceva. Ce putea să zică ? Avea nevoie de ajutor, ştia bine, dar nu ştia cum să-l ceară.

Programul dura de şase săptămâni când un terapeut şi-a pierdut răbdarea şi i-a spus verde în față: «Tu nu mai vii la reuniuni. Vei rămâne pe hol până când vei învăța să ceri ajutor.» Descurajată, Amy se lăsă să cadă pe banca de la intrare. Nu ştia ce să facă şi, exclusă mereu, stătea aşezată acolo. O zi sau două mai târziu, i s-a cerut să părăsească programul.

Amy s-a pregătit pentru a fi readmisă a săptămână mai târziu. În această săptămână, nu a luat droguri şi s-a dus regulat la reuniunile AA, şi terapeuții voiau să-i dea o a doua şansă. Zece zile mai târziu, Amy mergea de bună voie. Ea detesta constrângerile centrului de tratament. Exista o parte bună a lucrurilor: în plan profesional, ea era încă suspendată şi acest ajutorul social care o făcea să trăiască acum şi pe ea, dar Amy era dezintoxicată şi abstinentă. Trebuia neapărat să rămână pentru a păstra dreptul de practică, şi ştia că-i trebuia mai mult decât AA pentru a ajunge acolo. A fost motivul pentru care au trimis-o la dr. Silke Vogelmann-Sine, un psiholog specializat în tratamentul toxicomaniilor cu EMDR.

Amy a întâlnit-o pe Silke pentru prima dată în 5 august 1991; avea atunci treizeci şi unu de ani. În cursul acestei prime şedințe, Amy îi povesti lui Silke despre toxicomania ei şi îi expuse situația actuală. I-a spus că simpla vedere a unui flacon de medicamente declanşa în ea impulsul de a se droga. Silke îi puse întrebări despre familie şi copilăria ei. Apoi i-a descris condițiile pentru a lucra cu Amy. Erau dure: fără droguri, prezența regulată la reuniunile AA, travaliu în cadrul AA, cu un mentor care o va ajuta să respecte programul, şi psihoterapie cu Silke o dată pe săptămână. Amy simțea cum i se strânge inima, dar îşi dădu acordul. Planul de tratament pus la punct de Silke pentru Amy avea ca țel să o țină la o parte de drog, ceea ce este prima linie de conduită în toate formele de terapie a toxicomaniilor; erau totuşi motive mai profunde în spatele acestei prescripții particulare. Ascultând istoria sa, Silke a înțeles că neîncrederea ei veşnică în ceilalți constituia unul dintre cele mai grave obstacole în vindecarea lui Amy. Silke spera că obligând-o pe Amy să lucreze îndeaproape cu un mentor al AA îi furniza «cureaua de transmisie» de care ea avea nevoie pentru a învăța să fie în relație cu ceilalți. Lucrând cele «douăsprezece etape» ale AA cu ajutorul mentorului său, Amy era condusă să se deschidă şi să împărtăşească emoțiile sale, chiar cu riscul, pentru ea îngrozitor, de a fi criticată sau respinsă.

Neîncrederea cronică a lui Amy față de ceilalți avea alte implicații, mai imediate: înainte de a face veritabile progrese în terapie, trebuia ca ea să înceapă să se simtă în siguranță cu Silke. Silke a făcut din asta obiectivul principal al primelor luni de terapie cu Amy. Peste toate, terapia urma să-i pretindă lui Amy ca ea să se dezvețe de lecțiile esențiale pe care le-a învățat în copilărie, lecții nu numai inexacte («Tu nu

valorezi nimic») şi neadecvate («Nu risca») dar care aveau un mod aproape răuvoitor de se valida ele însele.

În cursul primei săptămâni de terapie, Amy respectă angajamentele faţă de Silke şi urmă cu scrupulozitate planul său de tratament (detestând în continuare reuniunile de grup). Îi trebuia mult curaj lui Amy, cu ceea ce învăţase copil fiind, pentru a trece din lumea austeră şi îngrozitoare a copilăriei sale la universul plin de emoţii, imprevizibil, al vârstei adulte. Percepţiile precoce ale lui Amy fiind juste, îi produceau plictiseală. A fost periculos pentru ea să arate ce o încerca: era bătută dacă o făcea. Pentru că era astfel, cel mai sigur era să se aranjeze pentru a bloca în ea sentimentele, pentru a nu fi văzută. În terapie, drumul spre libertate trecea prin expresia sentimentelor, dar toate reflexele ei de protecţie contra fricii şi pericolului se opuneau.

În sindromul de stres post-traumatic starea internă trăită în cursul evenimentului traumatic este aparent blocată în sistemul nervos al victimei. Anumiţi pacienţi adoptă chiar intonaţia şi atitudinea corporală a unui copil când vorbesc despre ceea ce au trăit în copilărie. Pericolele de azi trezesc aceleaşi emoţii neplăcute, chiar dacă acel bărbat sau acea femeie au acum un metru şi treizeci de ani în plus faţă de momentul maltratării. În cursul unei şedinţe EMDR, amintirile fiind ţintite şi activate, starea psihologică originală se poate manifesta clar şi putem atunci s-o rezolvăm. Din fericire, timpul nu este un factor important în tratamentul EMDR, în aşa fel încât putem trata eficient evenimentele trecute de mult timp. Totuşi, trebuia ca pacientul să fie de acord pentru a lăsa elaborarea să se producă. Trebuia în primul rând ca Amy să înţeleagă că nu era nimic periculos.

Ţinând cont de neglijarea şi maltratarea trăite de Amy în copilăria ei, Silke trebuia să conducă travaliul cu ea ca o terapie de lungă durată. Chiar dacă EMDR este în măsură să producă schimbări rapide, este important să fie personalizată, ca orice altă terapie, în funcţie de nevoile şi de starea de preparaţie a fiecărui pacient în parte. Credinţele negative pe care le antrena Amy în ea însăşi («Nu valorez nimic») şi tentativele de a se descurca (luarea drogului) nu rezultau dintr-un unic eveniment traumatic care putea fi rapid ţintit prin EMDR. Toată copilăria lui Amy îl produsese. Chiar şi când numeroase evenimente, în viaţa unei persoane, îi dau mesaje negative de aceeaşi natură, putem ţinti mai multe evenimente reprezentative cu EMDR. Rezultatele pozitive se generalizează atunci şi se întind la alte amintiri, creând o nouă structură cu culori şi motive diferite. Silke ştia că trebuia să avanseze lent, asigurându-se că EMDR nu va declanşa la Amy o avalanşă de amintiri rele şi o fugă subsecventă în braţele sufocante dar confortabile ale adicţiei. Era important de aşteptat ca Amy să aibă un suport suficient, graţie relaţiei cu Silke sau cu reţeaua AA, pentru a face trecerea spre împrejurările dificile. Aceasta îi lua timp [6].

Într-o zi de octombrie Amy suferi un nou traumatism. Anchetatorii de la spital o chemaseră la ei ca să-i spună că se confirmă acuzaţiile de furt de medicamente. Frica o copleşi. În general, se începe în EMDR cu tratarea amintirilor vechi, dar cu persoanele dependente este uneori necesar să li se ofere o liniştire faţă de presiunea situaţiilor presante ale momentului prezent. Silke estima că acest eveniment al zilei va fi o bună ţintă pentru EMDR. Ea îi explică procedura, şi Amy fu de acord să încerce. Când Amy a adus ancheta în centrul gândurilor, se simţea «rea, respinsă, inutilă». În mijlocul acesteia ei îi plăcea să poată spune: «Eram bolnavă; acum, sunt capabilă să gestionez situaţia.» Ea estima validitatea acestei ultime fraze la 2 pe scala de la 1 la 7. Cât despre

angoasa suscitată de anchetă, o evalua la 10 din 10, cu alte cuvinte cea mai puternică angoasă pe care şi-o putea imagina.

Atunci când au început mişcările oculare, Amy a observat că, dacă se concentra pe degetele lui Silke pentru a urmări mişcarea de du-te-vino, nu putea să se concentreze la ţintă. Mulţi clienţi cunoşteau această dificultate la început, dar Amy reacţiona acum adresându-şi reproşuri şi temându-se că nu va reuşi. Silke o încurajă simplu să continue să facă du-te-vino cu ochii. Amy sfârşi prin a se opri din plâns, dar avea mereu mintea goală. Ea nu reuşea să păstreze ancheta în minte. Silke continua să dirijeze mişcările ochilor.

Atunci, ca şi cum s-ar fi rupt ceva în inima ei, Amy începu să plângă cu lacrimi mari. Lacrimile se rostogoleau pe obraji. Se simţea într-un hău negru fără fund. «Vreau să merg să mă ascund în camera mea», strigă ea cu o voce minusculă, piţigăiată. Stare ei din copilărie era complet activată. «Nu vreau să mă vadă nimeni. Vreau să mor. Ce o să facă părinţii mei dacă voi fi condamnată ?» Când lacrimile se opriră, Amy spuse că era acolo exact aceeaşi senzaţie pe care o încercase atunci când a auzit vorbindu-se pentru prima oară de anchetă. «Mi-am spus că dacă nu mă preocupă, o să treacă.»

Lent, pe parcursul mişcărilor oculare ce se succedau, Amy începu să treacă de la un «nuuu ! » al durerii la «oh ! » al conştiinţei ce se trezea. Şi-a dat seama că anchetatorii de la spital îi dădeau aceeaşi impresie ca atunci când era mică: era rea, nu era dorită, nu valora nimic. Într-o altă secvenţă, Amy recunoscu că, atunci când se simţea astfel, o încerca o nevoie devorantă de a se droga pentru a depăşi sentimentele neplăcute. Elaborarea urma, ea trecu spontan la o perspectivă mai pozitivă: era slabă când a furat medicamentele şi nu şi-a dat seama care sunt consecinţele actelor sale. O dată elaborate fricile copilăriei, ea a ajuns la un punct de vedere sănătos şi clar de adult.

La sfârşitul primei şedinţe EMDR, dacă Amy stabilise o legătură între educaţia pe care o primise şi reacţia sa la anchetă, ea nu era gata să meargă mai departe în explorarea acestei legături, ceea ce era evident în ochii lui Silke. Totuşi, în cursul şedinţei, Silke a putut să stabilească un program de acţiune: la început Amy va contacta un avocat şi pe urmă va merge să discute în fiecare zi cu mentorul AA până când afacerea se va regla. Apoi ea şi Silke vor aplica EMDR reprezentării acestor etape, pentru a se asigura că Amy era pregătită să le întreprindă [7]. Trebuia ca tratamentul să opereze pe mai multe niveluri o dată: educaţia, abstinenţa, capacitatea lui Amy de a se afirma, identificarea semnalelor de pericol, pentru a nu cita decât câteva.

A doua oară când Amy şi Silke au utilizat EMDR, a fost din nou pentru a ţinti o problemă survenită în prezent. În ziua şedinţei, Amy a sosit la cabinet în lacrimi şi foarte aproape de nebunie. Tremurând din cap până în picioare, i-a spus lui Silke că avea o nevoie irezistibilă să ia drog. Un dezacord cu mentorul AA a declanşat această reacţie în lanţ. Acest mentor, care începuse să conteze pentru Amy pentru sprijin a observat că Amy lua contra durerii un medicament asemănător narcoticelor, care îi fusese prescris în urma unei operaţii la abdomen. Ea o acuza pe Amy că ia droguri. Amy a fost foarte şocată. Era adevărat, ea nu s-a gândit să ceară medicului un analgezic care să nu dea dependenţă, dar Amy credea că mentorul a fost nedreaptă.

Amy şi Silke au ţintit sentimentele pe care le resimţea în jurul gândului că «mentorul a trădat-o», estimate la 10. Nu au trecut decât câteva secvenţe înainte ca mintea lui Amy să facă legătura între reacţia mentorului şi modul în care tatăl său o acuza pe nedrept când era copil. Din nou, Amy voia să fugă în camera ei, să baricadeze

uşa pentru ca nimeni să nu-şi dea seama de ceea ce simţea. Pe parcursul secvenţelor următoare, Amy şi-a amintit alte incidente care au bulversat-o în copilărie şi care aveau în comun tema trădării. Pentru fiecare dintre amintirile sale, Amy şi Silke urmau secvenţele până când tânăra nu se mai simţea tulburată gândindu-se la ele. Apoi Silke îi ceru lui Amy să se mai gândească la conflictul pe care l-a avut cu mentorul, şi au reluat secvenţele. După mai multe pasaje, Silke întrebă: «Ce ai acum ?

—Văd că mentorul este o persoană rigidă.

—Bine, păstrează contactul cu asta».

Altă secvenţă.

«Trebuie să-i spun ce cred despre asta», spuse Amy.

Altă secvenţă.

Linişte (punerea în cuvinte a emoţiilor sale nu era punctul forte al lui Amy).

Altă secvenţă.

Linişte.

Altă secvenţă.

Silke întrebă: «Amy, ce aveţi nevoie să gândiţi despre această istorie ?

—Că am făcut cum am putut eu mai bine. Am făcut această eroare cu toată onestitatea.

—De acord, păstraţi asta în minte.» Silke îi făcu o altă secvenţă, apoi: «Ce este această cinste care v-a făcut să vă înşelaţi ?

—Nu mi-am dat seama că trebuia să vorbesc cu medicul despre problemele mele de toxicomanie.»

Era etapa în care Silke aştepta: era la începutul unui plan de acţiune. «Ce i-aţi fi spus ?

—Am o problemă de toxicomanie.

—Bun, imaginaţi-vă pe punctul de a vorbi cu medicul şi urmaţi degetele mele.»

Altă secvenţă.

Linişte.

Silke întrebă: «Unde sunteţi ?

—E bine. A înţeles.

—Vreţi să-i spuneţi altceva ? întrebă Silke.

—Poate să-i cer ca data viitoare să-mi dea un analgezic care să nu dea dependenţă.

—Păstraţi asta în minte.» Altă secvenţă.

«Şi acum ?

—E bine.

—Şi pentru mentor ? Ce o să faceţi ?

—O să-i spun că am făcut o eroare cu toată onestitatea.»

Altă secvenţă.

Silke întrebă: «Şi dacă mentorul nu e de acord cu dumneavoastră ? Cum o să gestionaţi acest lucru ?» Era important să se asigure că Amy o să poată rezista unei posibile respingeri şi decepţiei care ar fi urmat.

«Nu ştiu, răspunse ea, întorcând privirea.

—Vă puteţi reprezenta în situaţia de a i-o spune ?» Amy scutură capul. «Şi ea, nu e de acord cu dumneavoastră ?» Amy nu răspunse.

«Urmăriţi degetele mele.»

Altă secvență.

Liniște.

Silke întrebă: «Ce este acum ?

—Ei bine, ea nu e mereu de acord. Dar asta o privește.

—Altceva ?

—Da. Eu o să-i spun că voi respecta înțelegerea făcută.»

Secvențele au continuat, în timp ce Amy construia puțin câte puțin un plan de acțiune practic, progresiv, pentru gestionarea situației, și se angaja să-l urmeze. Anxietatea sa sărise de la 10 la 2,5. Sentimentul pe care voia să-l încerce («Am valoare; aceasta este părerea mentorului; eu sunt capabilă să gestionez situația») era majoritar adevărată (5 din 7). Amy găsea normal ca acest sentiment să nu fie în întregime adevărat pentru că ea nu trecuse încă prin confruntarea cu mentorul. Și era pentru prima dată când încerca să țină piept cuiva.

Global, Amy avea de ce să fie mândră de progresele pe care le realizase: ieșise din emoțiile extrem de neplăcute fără confortul anesteziant al drogului, lucrase eficient la rezoluția unei probleme în jurul răspunsului dat acuzațiilor mentorului, și a putut remarca iar că atunci când avea impresia că este persecutată în prezent, acest fapt o trimitea la proasta stimă de sine pe care o dezvoltase în copilărie.

În cursul celor șase luni care au urmat, Silke și Amy au alternat ședințele săptămânale de terapie prin cuvânt cu ședințele de EMDR țintind problemele actuale ale lui Amy. Au făcut patru ședințe EMDR la rând, centrate pe diferite aspecte ale nevoii permanente a lui Amy de a lua droguri, care aparent era declanșată de vederea flacoanelor de medicamente, declanșator evident critic dacă Amy voia să-și reia meseria de infirmieră (în toate tipurile de toxicomanie, accesoriile asociate cu luarea produsului pot, prin condiționare, să devină declanșatori puternici ai uzului de produse stupefiante). Pentru a, emoția subiacentă a acestei pulsiuni era de angoasă, pe care o evalua la 8,5 din 10. Gândurile sale, atunci când nevoia era declanșată, spuneau: «Îmi trebuie; vreau; sunt vulnerabilă. Nu ajung nicăieri fără drog.» Această reacție declanșa la rândul ei sentimente de rușine în fața acestei nevoi mereu prezente de a lua droguri: «Sunt abstinentă de mult timp acum, cum se face că nu mă pot opri de a avea nevoie ?» După teoria EMDR, bineînțeles, aceste reacții erau blocate în sistemul nervos. Nici înțelegerea, nici o decizie conștientă nu puteau fi suficiente ca s-o alunge. Amy era prinsă într-o cascadă de reacții neplăcute: vederea flacoanelor de medicamente declanșa în ea nevoia obsedantă de a lua drog, și faptul de a recunoaște că dorea să ia drog îi dădea sentimente de confuzie și de disperare la ideea că risca să reînceapă. Această disperare îi dădea încă mai multă nevoie de a se droga. Gândul pe care ar fi vrut să-l creadă era: «Știu să gestionez sentimentele mele; știu bine să gestionez situațiile în care mă aflu.»

În timpul acestor prime patru ședințe, Amy declara că nu are nevoie să înfrunte suferințele ce veneau din trecut, nici să facă față situațiilor dificile. Ea era condiționată să gândească că va eșua, pentru că simplul fapt de a resimți emoții era în contradicție directă cu învățăturile pe care părinții i le inoculaseră cel mai violent. Ea spunea și că nu era obișnuită ca alții să se ocupe de ea și să fie atenți cu ea: aceasta a început să se producă după ce ea se simțea mai bine și asta o înspăimânta. Ședința se încheia cu mișcări oculare, în care Amy se imagina pe punctul de a vorbi părții sale copilăroase de care avea atâta teamă: «Voi fi lângă tine, tu știi. O să te ajut să reușești. Știm să ne

ocupăm de emoţiile noastre.» Amy căpătă puţin câte puţin conştiinţa că, dacă era adult, ea putea stăpâni mai bine ceea ce resimţea.

A treia şedinţă de EMDR consacrată declanşatorilor lui Amy a trecut rapid de la prezent la trecut. Răspunsurile lui Amy începeau prin: «Cu drogurile, eu mă simt într-adevăr bine; nu mai am griji.» Următoarea a fost: «Evadez astfel, aşa cum aş evada din solitudine.» Apoi: «Nu am avut niciodată prieteni în jurul meu până acum.» Aceste reflecţii deschideau uşa amintirilor din copilărie, şi Silke o ducea în multe secvenţe de mişcări oculare, în timp ce Amy vorbea de extrema ei singurătate şi de vremea când, la şapte ani, a fost lăsată singură, bolnavă, în casă. Plângând, ea povestea că părinţii o vedeau ca pe un copil robust, şi că mama sa gândea că ea se poate descurca singură. Şi începând de atunci, în toată copilăria ei s-a înţeles astfel: când era bolnavă, rămânea singură acasă. Sora ei, spre deosebire de ea, insista ca mama să rămână cu ea, şi mama o făcea. Amy nu a protestat niciodată.

În timpul acestei şedinţe, Amy a elaborat şi o bună parte a maltratărilor fizice din partea tatălui său, pentru care îşi atribuia vina. Tristeţea o dobora, dar a reuşit să facă mişcări oculare până în momentul în care a putut să spună: «Sunt o persoană cumsecade. Tata era anormal, nu eu.» Acest pasaj are un punct de vedere sănătos, la majoritatea persoanelor victime ale violenţei în timpul copilăriei, s-a manifestat în timpul a mii de şedinţe EMDR. În prima etapă, clientul capătă conştiinţa că nu trebuie blamat pentru actele persoanei maltratante, etapă importantă de creştere care permite separarea de agresor. A doua etapă este o conştientizare a securităţii pe care o găseşte în prezent. Chiar dacă reacţiile fiziologice ale violenţelor suferite sunt blocate în corp, persoana are impresia de pericol prezent în jurul său. Chiar dacă, intelectual, ea înţelege că agresorul este bolnav, decedat sau trăieşte în străinătate, starea de teroare din copilărie poate subzista. În sfârşit, în a treia etapă, clientul capătă conştiinţa că violenţa se situează în trecut şi-şi recapătă capacitatea de a alege ce i se va întâmpla de acum înainte.

În cursul celor opt sau nouă luni următoare, Silke a primit-o pe Amy aproape la zece zile şi s-a servit de EMDR pentru a-i aminti lui Amy cum să gestioneze situaţiile care riscau să declanşeze nevoia ei de a lua droguri (de exemplu, să sune o prietenă sau pe noul său mentor, să folosească o tehnică de autocontrol, să părăsească imediat locul în care se găseau declanşatorii fizici) şi să aibă încredere în propria aptitudine de a gestiona emoţiile neplăcute fără să ia droguri. În august 1992, la un an după debutul lucrului său cu Silke, Amy s-a prezentat în criză la cabinetul terapeutului. În ajun, trezindu-se, îşi aminti brusc că odată, când era în clasa a IV-a, a fost agresată sexual de un unchi. Amy îşi amintea acest abuz înainte (de fapt ea vorbise despre asta la interviul de internare pentru depresie), dar îi ieşise din minte. Acum din nou, Amy era invadată de impresia că e murdară şi că nu valorează nimic.

Educaţia sa solitară făcea din Amy o candidată de prim plan la toxicomanie. Având în plus un abuz sexual, toate cărţile erau împotriva ei: victimele abuzului sexual riscă de patru ori mai mult decât restul populaţiei să prezinte tulburări psihiatrice şi de trei ori mai mult să devină toxicomane [8].

Amy îi spuse lui Silke că de când şi-a amintit abuzul sexual, a avut cu disperare nevoie să ia droguri; era singurul mod pe care îl cunoştea de a opri valul de emoţii dureroase. Silke o întrebă dacă era de acord să încerce EMDR cu această amintire. Amy acceptă.

Ținta pe care a u ales-o era Amy în pat în timp ce era mângâiată. Emoția era de frică, şi o evalua la 10. Credința negativă trasă din acest incident era familiară lui Amy: «Sunt vulnerabilă; sunt o victimă.» Ce voia să gândească în loc, şi estima că e adevărat aproape de 1,5 pe scala de la 1 la 7, era: «Astăzi s-a terminat. A trecut.»

Încă de la debutul mişcărilor oculare, Amy începu să plângă în hohote, şi hohotele ei au continuat până la sfârşit. Sentimente de frică, persecuție, abandon, o copleşeau la fiecare secvență.

După secvența de deschidere, Silke întrebă: «Ce simțiți?

—Mi-e frică», spuse Amy, balansându-se în spate şi în față, cu mâinile crispate pe stomac.

Silke începu altă secvență.

«Şi acum? întrebă încetişor.

—Mi-e frică pentru că îl văd. Ce face aici? Nu are nimic de făcut aici.» Se balansa mai puternic.

Altă secvență.

«Îl văd încă. E ca şi cum ar pleca. »

Altă secvență.

«M-am trezit. Hainele mele sunt scoase şi am abdomenul gol. Sânii mă dor. » Hohote mari continuă să scuture corpul lui Amy.

Altă secvență.

«Sunt şocată. Nu reuşesc să cred. Cum poate să mi se întâmple aşa ceva? Ce pot să fac ?»

Altă secvență.

«Nu am avut cu cine să vorbesc. Nu era nimeni acasă. Nu puteam să vorbesc despre asta cu părinții mei ... Nu ştiam cui să mă destăinui. Nimeni cu cine să vorbesc.»

Altă secvență.

«Nu era nimeni. Nimeni acasă. Nu aveam cu cine să vorbesc. »

În acel moment, cum timpul şedinței se apropia de final, Silke o ajută să închidă scena şi să pună emoțiile în afara ei, într-un rezervor imaginar. Sentimentele neplăcute rămâneau acolo până la şedința următoare, spuse Silke, şi atunci ele vor ridica capacul şi vor relua travaliul. Silke termină şedința utilizând EMDR pentru a întări anumite strategii sănătoase (ca faptul de a suna o prietenă sau mentorul) în caz de întoarcere a emoțiilor neplăcute. La început, Amy făcu mişcări oculare pe credința pozitivă:«Acum, sunt oameni care mă pot ajuta. » Apoi Silke îi ceru să asocieze scena abuzului sexual (şi sentimentele de abandon) cu această credință.

Altă secvență.

«Ce sprijin v-ar trebui pentru a gestiona situația ? întrebă Silke.

—O să sun {noul meu} mentor şi o să vorbesc în grupul meu AA, răspunse Amy.

—Păstrați asta în minte.» Altă secvență.

«Merge ?

—Foarte bine.

—Mai este ceva ce ați putea să faceți ?

—Aş putea să sun două colege.

—Foarte bine, imaginați-vă pe punctul de a face asta», spuse Silke; ea dirijă atunci o altă secvență. Încă de acolo, Silke îi dădu lui Amy «cureaua de transmisie»

pentru a o ajuta să învețe cum să gestioneze emoțiile neplăcute în loc să se abandoneze pulsiunii de a lua droguri. Când a oprit ședința, frica lui Amy scăzuse de la 10 la 6.

Amy reveni a doua zi. Frica sa descrescuse puțin mai jos, la 4,5. Îi spuse lui Silke că încă se simțea victimă, dar chiar fusese una și nu avea ce să facă. Lucrurile se întâmplaseră, era prea târziu.

Cu debutul travaliului de elaborare, frica scădea și emoțiile lui Amy au trecut de la tristețe la furie. «Ce făcea în camera mea? spuse ea în timpul unei secvențe. Îl dau afară.»

Altă secvență.

«E mereu acolo. Mi-e frică ... V-am adus o fotografie de-a lui.» Amy cotrobăi într-un sac enorm de paie. «Aici. » În fotografie, se vedeau doi bărbați, doi americani de tip asiatic, pozând pentru fotografie. Aveau fața hotărâtă și serioasă, costume puțin demodate.

«Care este? întrebă Silke.

Amy închise ochii și scutură capul. «Nu pot să mă uit.

—Este cel din stânga sau cel din dreapta ?

—Nu știu, nu-mi amintesc.» Corpul lui Amy era încordat, toți mușchii gata să respingă un atac.

Silke făcu o secvență.

«Mi-e frică. Poate va deveni violent.»

Altă secvență. Amy începu să plângă.

Silke făcu altă secvență până când Amy se calmă.

«Puteți să priviți fotografia, acum ?» întrebă Silke.

Amy scutură capul. «Este cel din dreapta.

—De la 0 la 10, ce emoții resimțiți revenind la scena de la început ? întrebă Silke.

—6 sau 7.»

Altă secvență.

«Cum a putut să facă așa ceva ?» întreba Amy cu furie.

Altă secvență.

Amy începu să vorbească ca și cum unchiul său ar fi fost în încăpere. «Cum ai putut să faci asta ?» Avea pumnii strânși.

Altă secvență.

«Unde sunteți acum ? întrebă Silke.

—Nicăieri.

—Priviți fotografia. Ce vă face, de la 0 la 10 ?»

Amy s-a oprit să reflecteze. «3,5.»

Altă secvență.

«E bolnav.»

Altă secvență.

Pentru a termina ședința, Silke îi cerul lui Amy să asocieze acest gând («E bolnav») cu fotografia. Atunci când a verificat din nou, frica lui Amy scăzuse, de date asta la 1,5. Fața ei își recăpătase culorile.

La ședința următoare, Silke verifică nivelul fricii lui Amy față de unchiul său. Era la 1,2.

Amy a trecut o etapă importantă în ieşirea ei din toxicomanie în decembrie 1992, atunci când a putut să reia serviciul de infirmieră full time. Ea continuă să o vadă pe Silke o dată la trei sau patru săptămâni, dar avea rar teama de a recidiva. Progresiv, folosind EMDR, Silke o ajută pe Amy să exploreze legăturile între familia sa şi dificultăți: proasta stimă de sine, frica de relații, obiceiul de a se retrage şi a se izola pentru a evita criticile şi violența, extrema sensibilitate la respingere, şi cei treizeci şi ceva de ani de refuz şi de refulare a emoțiilor.

Tot mai progresiv, EMDR o ajuta pe Amy să fie capabilă să resimtă emoțiile pe care le reprimase copil fiind. Deveni furioasă. Fu tristă. Îşi simțea inima slabă. Şi a decis să se vindece. Din această cauză, Amy a început să se schimbe, să se mişte, să crească. Şi-a dat seama că nu de lume îi era frică, ci de părinții săi. Căpătă cel mai mare respect pentru micuța care a avut curajul să supraviețuiască abandonului afectiv al mamei sale şi turbării, urii neîncetate a tatălui. La începutul anului 1995, Amy a sfârşit prin a se muta de la părinți într-un apartament.

Astăzi, la cinci ani după începutul psihoterapiei este tot moaşă la Honolulu, dar urmează cursuri de psihologie ca să vadă dacă va dori să devină psihoterapeut. Ea spune că s-a săturat să fie tratată ca un cetățean de mâna a doua de către medicii din spital. Ea o vede pe Silke numai pentru nevoile sale, merge mereu la AA, şi a format un grup de infirmiere care suferă de probleme de adicție. Amy a rămas abstinentă şi dezintoxicată, este una din cele trei femei din programul spitalului care a obținut acest rezultat. Celelalte douăsprezece se droghează din nou.

Nu numai că dorința de a se droga n-a mai apărut niciodată. În ianuarie 1996, Amy o sună pe Silke, în plină criză. Un medic îi prescrisese un analgezic pentru bursită (o inflamație la articulații), şi luase patru comprimate de Vycodan. Ele au făcut-o să «zboare» şi Amy era îngrozită la ideea recidivei. Silke îi fixă o întâlnire pentru după-amiaza aceleiaşi zile. S-au întâlnit şi s-au pus de acord asupra unui plan. La două ore după, Amy a revenit, cu flaconul de Vycodan strâns în mână. Împreună, Silke şi Amy au mers la toaletă şi au aruncat flaconul; apoi Amy a tras apa.

Când se practică EMDR cu o persoană dependentă, se caută să se intre în contact cu emoțiile negative care perpetuează adicția şi să se elaboreze. Mulți dintre alcoolici şi drogați gândesc că nu au nimic de făcut nicăieri şi că ei nu sunt niciunde la locul lor pentru că sunt diferiți, în sensul negativ al cuvântului, de toată lumea. Programele în «douăsprezece etape» pot să le ofere o bază de susținere pentru schimbare, dar, cum spunea un membru al AA: «Pentru a trece de cealaltă parte, pentru a aştepta pacea şi serenitatea, există mai întâi lucruri care trebuie reglate. Şi uneori avem nevoie să fim ajutați pentru a o face. Alcoolul sau drogul, este un simptom, nu este problema.»

Care sunt oamenii care ajung la abstinență şi care nu reuşesc să rămână aici ? Recidiva în dependență poate împiedica o persoană care iese din adicție, chiar dacă este complet angajată pe calea abstinenței şi dacă e dezintoxicată de mult timp. Unele dintre semnalele de alarmă cele mai curente sunt incapacitatea de a gândi clar, problemele de memorie, schimbările bruşte de dispoziție în care se trece de la reacții emoționale exagerate la amorțeală, dificultăți de coordonare fizică cum ar fi stângăcia sau tendința de a avea accidente, şi o extremă sensibilitate la stres. Aceste simptome apar des de la

şase la optsprezece luni după debutul abstinenţei persoanei dependente, dar ele pot să apară până la doi ani după. Ele tind să se manifeste atunci când persoana traversează o perioadă de grav stres personal.

Toate persoanele dependente pe cale de vindecare trăiesc unele dintre aceste simptome la un moment sau altul. Unii gestionează simptomele fără să recidiveze. Alţii recidivează o dată sau de două ori, dar elaborează ceea ce i-a făcut să recidiveze şi termină prin a atinge vindecarea. Dar un anumit număr reacţionează la aceste simptome stresante (care se agravează toate în absenţa tratamentului, în particular schimbările de dispoziţie) luând încă şi încă drogul. Ciclul adicţiei este reactivat, provocând suferinţe, o neînţelegere şi frustrări suplimentare la persoana dependentă şi în anturajul său, suferinţe pe care ea riscă să le «trateze» luând încă mai mult drog sau alcool. Această tulburare, numită «recidivă cronică», reacţionează promiţător la EMDR.

Ross Birrato a început să se drogheze la doisprezece ani, la puţin timp după moartea bunicii, când s-a văzut singur cu tatăl şi bunicul său. Părinţii lui Ross divorţaseră cu şase ani înainte. Tatăl său primise custodia lui şi a împiedicat copilul să-şi vadă mama. De fapt, Ross nu a văzut-o niciodată şi a mai auzit vorbindu-se despre ea: s-au distrus fără să fie deschise toate scrisorile, cărţile poştale sau cadourile pe care ea putea să le trimită. Atunci când Ross, la douăzeci şi unu de ani, a început s-o caute, a aflat că murise cu un an în urmă.

Chiar când trăia bunica, copilul nu se simţise bine niciodată. Atunci când bunica gândea că Ross nu putea face nimic rău, bunicul credea că Ross, ca şi tatăl său înainte, nu putea să facă nimic bun. Îi spunea băiatului că era prost, bun de nimic, rebel şi că nu puteai conta pe el; era fiul decepţionant al unui fiu decepţionant. Când bunica a murit, bunicul i-a spus că el era responsabil.

Bunicul lui Ross era un bărbat important, în plan profesional şi social. Imigrant libanez, sosise tânăr în Statele Unite şi urcase pe scara socială, de la şantierele navale la departamentul din Golden Glove, apoi în poziţia actuală de strălucitor dentist şi predicator. În spatele acestor reuşite, era un perfecţionist însetat de putere şi de stăpânire asupra celorlalţi, şi un sadic. El realiză o lucrare dentară completă nepotului său, plombând cariile, făcând coroanele, tratând canalele până la rădăcina dintelui – totul fără anestezie. Bunicul debranşa mereu aparatul său auditiv înainte de a pune freza în funcţiune. «Sunt un dentist care nu face rău, se lăuda el. Dacă nu aud nimic înseamnă că nu face rău.» Dar acest lucru făcea rău, un rău oribil. Ross îşi acoperea gura cu mâinile pentru a-l face pe bunicul său să se oprească. Dar nu mergea. Chiar şi astăzi, dosul mâinilor lui Ross poartă cicatrice ale tăieturilor făcute de freza ce se învârtea în mare viteză.

Şi tatăl lui Ross, în acest timp ? Greg Birrato era un bărbat narcisic, gol afectiv. Revenit în casa părinţilor, reluase rolul micuţului scump al mamei. Îl trata pe fiul său ca şi cum ar fi fost fraţi. La drept vorbind, îl trata pe Ross ca şi cum ar fi fost fratele mai mare. Ross, într-o tentativă eşuată de a câştiga dragostea tatălui, se aruncă în acest rol. Deveni băiatul responsabil, cel ce se ocupa de tatăl său, care făcea plăcere întregii lumi, care ar fi făcut orice pentru a satisface din plin nevoile tatălui său şi a potoli caracterul dificil al bunicului.

Din ce creştea Ross, din ce era mai drogat. A trecut de la joint la *speed*. Pornind de la vânzarea unei cantităţi mici de drog pentru nevoile sale, a ajuns la conducerea unei

afaceri ce raporta zeci de mii de dolari pe săptămână. Cu şapte «magazine» (case sau apartamente pe care le închiria, le mobila şi le furniza personalului) unde se vindea cocaină şi marijuana. Ross şi-a imaginat că va putea, vânzând droguri, să nu le ia el însuşi, evitând capcana cea mai clasică ce ameninţa toţi dealerii, să piardă tot profitul consumând el însuşi marfa. Dar adicţia drogului nu se supune strategiilor intelectuale. La douăzeci de ani, Ross nu era doar un dealer serios, era şi un drogat serios.

În acea vreme, lua 150 de grame de cocaină. Nu a rezistat: arestarea a fost corectă. Ross a fost condamnat, dar el nu şi-a ispăşit niciodată pedeapsa. Jumătate din praf dispăruse înainte de proces, ceea ce însemna că va fi judecat ca simplu delincvent în faţa tribunalului din district, nu în faţa tribunalului federal. Judecătorul i-a comutat pedeapsa şi l-a condamnat la trei ani cu suspendare.

Lui Ross i-a fost frică pentru viaţa lui cu ocazia acestei arestări. Şi-a făcut bagajele şi s-a mutat la periferie departe de oraş pentru a începe o viaţă nouă: dezintoxicat, abstinent, cu un job legal. În prima zi, a instalat enorme închizători de securitate la uşi şi la ferestre, ritual pe care avea să-l reproducă peste tot unde se instala. A găsit de lucru ca infirmier într-o clinică privată, şi a descoperit că făcea treabă bună cu pacienţii psihiatrici. Se regăsea el însuşi ca pacient la psihiatrie.

Ross a început să cunoască episoade psihotice, în cursul cărora pierdea contactul cu realitatea. Avea halucinaţii care înflăcărau angoasa sa. Uneori reuşea să le învingă, dar alteori trebuia spitalizat. I s-a pus diagnosticul psihoză maniaco depresivă (termenul oficial este «tulburare bipolară» cu o tendinţă puternică spre partea maniacă, adică el suferea perioade de energie extremă (marcată de insomnii, fugă de idei, activităţi cu risc înalt şi delir de grandoare) alternând cu episoade de depresie neagră, profundă, absolută. Psihoza maniaco depresivă este cauzată de un dezechilibru biochimic, dar se estimează că stresul, ajutând boala, poate provoca episoade psihotice. Bineînţeles, grava toxicomanie a lui Ross putea fi produsă de simptome similare celor ale tuturor bolilor; în consecinţă, e dificil de ştiut dacă diagnosticul era just. Cu toate că, pentru a trata o dată psihoza maniaco depresivă şi episoadele psihotice, Ross a primit trei medicamente puternice. Ele conţineau carbonat de litiu, pe care-l lua în doze mari zilnic, pentru a-l ajuta să controleze episoadele maniace.

Ross nu a putut să rămână în afara drogului, deşi se instalase într-un oraş unde nu cunoştea nici un dealer şi pe nimeni care să cunoască unul. A căutat totuşi o filieră şi s-a apucat să ia *speed*. Trebuia să vândă şi el puţin ca să plătească drogul.

Apropiindu-se de treizeci de ani, Ross îşi fixă limite adicţiei sale. Eu valorez mai mult decât atât, îşi spuse el. Nu vreau să continuu să-mi fac rău. S-a oprit să mai ia *speed* un timp, apoi a luat din nou. De câte ori se oprea, a observat că-l ţinea o lună până când se apuca iar. Atunci l-a întâlnit pa Hal şi a început relaţia cea mai lungă şi cea mai furtunoasă din viaţa lui.

Ross avea relaţii sexuale cu băieţi de la vârsta de şapte ani. La început, lucrurile au mers bine cu Hal. Erau îndrăgostiţi. Se drogau amândoi. După un an de relaţie, Hal îl întrebă pe Ross ce-şi dorea pentru aniversarea lui. Fără să reflecteze, Ross răspunse: «Vreau să fiu *curat* şi abstinent». S-au dus la o clinică pentru toxicomani, să găsească un terapeut bun şi să se oprească. Ross a avut recidive ocazionale, dar avea mereu impresia că controlează lucrurile.

De fiecare dată când Ross se oprea din luarea drogului, strategia internă pe care psihismul său o găsea pentru a evita suferinţa emoţională se prăbuşea. Înainte de sevraj,

când era foarte stresat şi foarte angoasat (ceea ce putea să anunţe un episod psihotic), şi aluneca în cădere liberă într-un intolerabil sentiment de neputinţă, ieşea de urgenţă să cumpere un săculeţ de *speed*. El ştia că săculeţul îl va face să «plece» timp de douăzeci de ore; la coborâre, emoţiile insuportabile aveau să dispară probabil. O dată dezintoxicat, Ross trebuia să găsească ceva pentru a înlocui *speed-ul* în căutarea echilibrului interior, ceva care să-l hrănească, să-l calmeze şi să-l facă să uite durerea. A trecut pe mâncare. Acest bărbat cu o statură solidă a fost luat drept body guard într-un local de noapte – începu să ia în greutate. A luat treizeci şi cinci de kilograme în doi ani consecutivi punând serios la încercare organismul său diabetic.

Relaţia cu prietenul său, care mergea din ce în ce mai rău de-a lungul timpului, a început să prezinte fisuri grave. Se băteau. Nu-şi mai vorbeau. Îşi făceau meschinării (într-o zi, Hal a stricat frumoasa argintărie veche a lui Ross). Au preluat rolurile pe care copilăriile lor respectiv ei le pregătiseră: Ross i-a devenit dădacă amicului său, într-o eşuată tentativă de a-i câştiga dragostea. Hal avea şi el un diabet, mult mai grav; sănătatea sa se deteriora rapid.

Într-o seară, Ross sosi cu maşina, complet înspăimântat la spitalul departamental de psihiatrie, implorându-i să-l interneze. Avea o săptămână de când simţea că se apropie un episod psihotic major şi se gândea că nu o să poată să-l evite prea mult timp. Angoasa urca rapid în el şi mintea începea să fugă în toate direcţiile deodată. În plus, nu prea mai avea medicamente. La spital i-au dat un tranchilizant şi lista cu centrele terapeutice locale, apoi l-au trimis acasă.

Şansa lui, episodul psihotic nu s-a produs. În plus, Ross îşi făcu programare la una dintre clinicile indicate. Atitudinea neglijentă a spitalului i-a permis lui Ross, într-una dintre cele mai ironice întorsături ale vieţii sale, să obţină în final ajutorul care îi trebuia.

Ross avea treizeci şi şase de ani şi cântărea o sută cincizeci de kilograme în ziua când îl întâlni pe Bob Kitchen, terapeut de familie şi de cuplu, terapeut pentru copii, specialist în adicţii şi în prevenirea recidivei. Ross i-a povestit lui Bob istoria cu psihoza maniaco depresivă, episoadele psihotice, adicţia, şi cei doi bărbaţi au decis să lucreze împreună. După cinci şedinţe de terapie prin cuvânt unde au stabilit relaţia de încredere şi legătura personală indispensabilă în toate formele de terapie, Bob îi vorbi lui Ross de EMDR şi-l întrebă dacă i-ar plăcea să încerce. Puteau să-nceapă cu un mic incident, cum era cel recent petrecut cu partenerul său, în care Ross a avut impresia că viaţa sa privată a fost invadată. «Perfect, spuse Ross, mereu optimist. Haide.

—Înainte de a începe, spuse Bob, vreau să vă previn că este posibil să aveţi dorinţa de a lua din nou droguri după EMDR, pentru că o să mişcăm lucruri vechi, vechi emoţii. Ceea ce se va produce riscă să vă branşeze şi să vă aducă nevoia de a vă droga din nou. Nu e frecvent, dar, dacă se întâmplă, asta nu va însemna că sunteţi rău. Vreau să fiţi prevenit pur şi simplu în cazul în care această nevoie o să apară.»

Acest avertisment este crucial pentru cei ce se tratează cu EMDR pentru toxicomanie. Cum amintirile tulburătoare sunt ţintite, ele pot declanşa mecanismul adaptativ primar al persoanei: recurgerea la drog sau alcool. Persoana îşi va reproşa mai puţin dacă este conştientă dacă este vorba de un răspuns fiziologic automat. Este un punct esenţial, în măsura în care reproşurile pe care şi le face nu fac decât să se agraveze spirala descendentă.

Bob şi Ross au început EMDR ţintind interacţiunea cu Hal. Totuşi, cum îi spuse Bob, «cu EMDR, se spune că vrem să lucrăm ceva precis, dar în acelaşi mod vom termina ceea ce avem nevoie să lucrăm». Pentru Ross, această primă şedinţă de mişcări oculare a deschis o poartă spre copilăria sa: i-a revenit o amintire cu tatăl său, în ziua când Ross, atunci adolescent, locuiau în acelaşi apartament şi împărţeau aceeaşi cameră. Ross avea mereu rolul celui care face plăcere tuturor, se ocupa de tatăl său, şi aceasta nu-i aducea niciodată dragostea lui. A căpătat brusc conştiinţa că Hal îi amintea de tatăl său. Amândoi prezentau aceleaşi caracteristici narcisice, acelaşi vid afectiv, care împiedica orice relaţie adevărată între ei.

Pe parcursul travaliului, EMDR îl aducea pe Ross fără încetare la copilăria lui. El şi Bob au consacrat mai multe şedinţe înspăimântătoarelor maltratări fizice şi afective comise de bunic sub pretextul îngrijirilor dentare. Ross resimţea o teroare inimaginabilă retrăind aceste evenimente în EMDR, şi furia lui era proporţională. Devenea evident pentru Bob că bunicul, mort de douăzeci de ani, juca un rol esenţial în viaţa prezentă a lui Ross şi constituia fundamentul adicţiei şi poate şi al acceselor maniaco depresive. Rolul lui Ross, acum, era să aducă la zi o viaţă de emoţii îngropate, şi să rămână abstinent în timpul travaliului. Ross începu să înţeleagă că a utilizat drogurile la început, apoi mâncarea, pentru a ţine închisă frica sa şi furia şi pentru a se consola.

Bob, săptămână de săptămână, observa progresele lui Ross, impresionat de anduranţa şi hotărârea acestui bărbat. Dar el aştepta altceva. A apărut în cursul unei şedinţe EMDR, la aproape şase luni după debutul terapiei.

Ross venise cu impresia că se apropia un episod psihotic. Se simţea foarte anxios, foarte stresat, dar, vorbindu-i lui Bob nici unul nici celălalt nu au putut găsi nimic în viaţa actuală a lui Ross care să explice de ce se simţea atât de rău.

«Încercaţi aşa, Ross, spuse Bob. Întoarceţi-vă la prima dată când v-aţi simţit rău ca acum.» Au făcut o pauză. «Ce este ?»

Ross fără să spună niciun cuvânt timp de un minut, vorbi apoi clar: «A fost atunci când nişte oameni au spart uşa.

—Câţi ani aveaţi ?

—Cinci ani.

—Ce s-a întâmplat ?

—Era înainte de divorţ, mama m-a îndepărtat de tata. Locuiam în mai multe apartamente, treceam de la unul la altul pentru că se ştia că tata mă caută. Într-o noapte, mama s-a trezit şi a început să mă îmbrace. „Nu face zgomot, nu face zgomot" spunea ea. „Trebuie să plecăm". Nu se oprea să privească pe fereastră, îi era frică. Brusc, doi bărbaţi au deschis uşa cu o lovitură de picior. Unul a intrat în cameră iar celălalt a rămas la uşă. Nu-i vedeam faţa, dar îi vedeam silueta în contre-jour din culoar. Înainte să înţeleg ce se întâmpla, a intrat şi mi-a aruncat o faţă de pernă peste cap, m-a târât până la maşină şi m-a aruncat pe scaunul din spate. Apoi a demarat. Nu a spus nimic în tot acest timp.

—Ce s-a întâmplat pe urmă ? întrebă Bob.

—Îmi amintesc că m-a tras din maşină. Eram într-un loc care semăna cu un garaj. Îmi amintesc că betonul îmi îngheţa picioarele. Aveam încă faţa de pernă, nici nu încercasem să o scot. Eram paralizat, nu puteam să fac nimic. Acest om cumsecade nu spunea nimic, dar ştiam că voi muri şi nu puteam să fac nimic. După, nu-mi mai

amintesc nimic. Doar că nu mi-a făcut niciun rău. Dar nu am mai putut s-o găsesc pe mama. Am fost plasat la cămin până la divorț.»

Bob se aştepta cu precizie să cadă în acest tip de amintire. Anul precedent, el citise un articol care arăta că mulți drogați care recidivau regulat trăiseră un eveniment care le-a pus viața în pericol, sau cel puțin aşa l-au simțit [9]. Aceste experiențe ridică din fundal un val de angoasă intensă şi insuportabile impresii de neputință. Pentru a evita aceste emoții, şi deci, în logica conexiunilor automate, pentru a evita moartea, toxicomanul pe cale de vindecare va face orice, chiar să se drogheze din nou, după ani de abstinență.

Când Bob se gândea la numeroase persoane, bărbați şi femei, pe care le urmărise pentru recidivă cronică, această teorie părea să aibă sens; în consecință, el a decis să înceapă de acum înainte lucrul cu toxicomanii căutând amenințarea cu moartea pe care o trăiseră şi țintind-o cu EMDR. Rezultatele pe care le-a obținut au fost surprinzătoare: de-a lungul anilor, Bob a descoperit că 80% din recidiviştii cronici puteau să rămână abstinenți după EMDR. Această cifră include majoritatea drogaților şi toți alcoolicii pe care i-a tratat. Singurii toxicomani care au continuat să recidiveze după EMDR erau oameni care luau încă amfetamine sau derivate amfetaminice. După cercetările recente, această descoperire putea să aibă legătură cu o anomalie metabolică a cortexului frontal orbital, care împiedică activarea tratamentului informației [10]. Din fericire*, Ross era abstinent de mult timp.

Bob şi Ross au decis să țintească răpirea detaliu cu detaliu, cum s-au derulat evenimentele în acea noapte, cu treizeci şi unu de ani înainte. Secvențele au început cu mama lui Ross care umbla încoace şi încolo prin cameră şi privea pe fereastră fără încetare. Când au ajuns la momentul în care cei doi bărbați au dat cu piciorul în uşă, Ross a început să retrăiască evenimentul, cu toate senzațiile fizice şi emoționale pe care le-a avut în acel timp. Teroarea se topea cu viteză în corpul său.

«Unul dintre ei este în cameră şi celălalt în prag, îi spuse lui Bob. Ştiu că o să mor.»

Inima lui Ross bătea cu toată viteza, respirația era scurtă; paralizia pe care o simțise în acea noapte punea stăpânire pe corpul său de treizeci şi şase de ani. Ross nu putea să mişte un muşchi, nici să emită un sunet, dar mintea galopa. Ce se întâmpla ? Cine erau aceşti oameni ? Aveau de gând să-i facă rău mamei ? De ce au spart uşa ?

Atunci a recunoscut bărbatul căruia îi vedea silueta în prag. Aerul serios al pălăriei de fetru, talia mică, carura (lățime în spate) clasică de boxer: imposibil să se înşele. Acest bărbat era bunicul său.

În lacrimi, Ross continua să urmărească degetele lui Bob începând, etapă cu etapă, procesul de doliu cu succesiunea de emoții asociate: refuzul («Acesta nu poate fi el»), depresia («Cum a putut să-mi facă una ca asta ?»), furia («Aş vrea să pot să-l omor»), («Dacă eram mai bine, ca puşti ...»), şi în sfârşit acceptarea. Corpul acompania emergența acestor emoții, şi avură numeroase momente spectaculoase în care Ross relaxa spontan tensiunile corporale. În particular, umerii lui se mişcau ca şi cum ar fi dat cu pumnii fără să ridice brațele: umărul său drept înainta în timp ce stângul se întorcea în spate, relaxând muşchii spatelui.

---

* *Speed* este o metamfetamină (N.d.T.)

Pentru Ross, să recunoască răpitorul în persoana bunicului a fost ca şi cum ar fi descoperit cheia unui cod secret. Laturi ale întregii sale vieți prindeau brusc sens, își spunea el, lucruri bune în lucruri bizare. Bineînțeles că montez încuietori de siguranță la toate uşile şi toate ferestrele de fiecare dată când îmi schimb reşedința, se gândi el. Bineînțeles că mi-e frică să fiu trădat de partener. Ross înțelegea că germenii trădării au fost sădiți foarte profund în el de bunicul său. Circumstanțele vieții sale adulte puteau uşor să declanşeze aceste sentimente. Pe deasupra, Ross recunoştea că acest eveniment forma una dintre rădăcinile esențiale ale furiei care l-a locuit toată viața, o furie atât de incontrolabilă încât odată, a luat la pumni un ex-amant şi l-a trimis în camera vecină prin peretele despărțitor.

În momentul în care Ross şi Bob au terminat travaliul EMDR cu restul evenimentului, a avut loc la Ross, în planul sentimentelor şi atitudinilor sale, o schimbare ce se adeveri a fi considerabilă şi aparent permanentă. Gândindu-se la acea perioadă, după treizeci de ani, Ross spuse: «ceea ce s-a întâmplat e revoltător, dar nu a fost vina mea. Eu nu aveam nimic de văzut, şi nu văd de ce aş continua să plătesc pentru asta. Am avut o furie imensă dincolo de toate astea. Am fost mereu foarte furios, dar nu mai vreau să fiu aşa. Nu ştiam absolut deloc de unde venea furia mea.»

La trei luni după EMDR, Ross se simțea atât de bine încât Bob îi sugeră să meargă să-l vadă pe medicul său curant pentru a ajusta tratamentul contra psihozei maniaco depresive. «Oh, m-am oprit acum două sau trei luni.»

Psihoza maniaco depresivă este considerată drept o boală cu origine organică, şi se tratează cu carbonat de litiu pentru a menține viu echilibrul neurologic permițând persoanei să aibă emoții echilibrate. În consecință, remisia simptomelor lui Ross (care durează acum de mai mulți ani) evocă două explicații posibile: ori pur şi simplu tratamentul traumatismului precoce a restaurat echilibrul chimic de care avea nevoie pentru a face față incidentelor stresante ale vieții de fiecare zi, ori simptomele traumatice puteau să imite în mod convingător anumite aspecte care s-a presupus că erau ale bolii organice. Oricare ar fi, rezultatul a fost pentru Ross, o senzație de eliberare.

Ross continuă acum să lucreze cu Bob pe contraloviturile copilăriei pe care a avut-o, dar lista de puncte ce trebuie reglate se reduce. El este tot abstinent. Nu a mai avut episoade psihotice (în ciuda opririi tratamentului), şi episoadele sale maniace au încetat. De asemenea a pierdut mai mult de 50 de kilograme şi diabetul său e în remisie.

«În caz de dificultate, o iau altfel, spune el. O lucrez. Ştiu că stresul nu e decât trecător şi că, dacă-l reglez acum, nu mai înnebunesc pentru asta până la urmă.»

La final, Ross este plin de recunoştință pentru spitalul care a refuzat să-l interneze «spunând adevărul, mi-au făcut un serviciu. Dacă puneam piciorul în acea lume, eram şi acum acolo. Astăzi, am o viață valabilă. Poate că nu controlez încă totul în viața mea, dar ştiu că mă îndrept într-acolo.»

«Elaborarea» nu se face numai la nivel intelectual. Rolul EMDR este să elaboreze lucrurile pe toate planurile, pentru ca reflexele automate ale persoanei să fie natural sănătoase, intelectual, emoțional şi fizic.

NOTE

1 J. Davidson, D. Hughes, D. Blazer, L. George, «Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study», *Psychological Medicine,* 21, 1991, p. 713-721.

2 De exemplu, după unele studii, aproximativ 75% dintre veteranii victime ale unui sindrom de stres post-traumatic suferă în egală măsură de toxicomanii severe. Procentul variază în privința populației cu sindrom de stres post-traumatic considerate. Totuşi, conform multor studii, 50% dintre victimele de război sau agresiuni sexuale care au dezvoltat un sindrom de stres post-traumatic suferă durabil de această tulburare. De fapt, în Statele Unite, toate vârstele se confundă, prevalența sindromului de stres post-traumatic în populația generală fiind de 9%. Victimele încearcă adesea să suporte sindromul de stres post-traumatic luând tot felul de substanțe (alcool, cocaină, amfetamine, heroină, respectiv mâncare) pentru a încerca să depăşească suferința. Pentru o discuție referitoare la studiile consacrate acestui subiect, cf. B. L. Green, «Psychosocial research in traumatic stress: An update», *Journal of Traumatic Stress,* 7, 1994, p. 341-362.
Pentru un excelent studiu general al relației dintre traumatisme şi toxicomanie, cititorul se poate raporta la J. E. Zweben, W. Clark, D. E. Smith, «Traumatic experiences and substance abuse: Mapping the territory», *Journal of Psychoactive Drugs,* 26, 1994, p. 327-344.

3 S. Brown, «Alcoholism and trauma: A theoretical overview and comparison», *Journal of Psychoactive Drugs,* 26, 1994, p. 345-355.

4 D. Goodwin, «Is alcoholism hereditary ?», *Archives of General Psychiatry,* 25, 1971, p. 545-549.
M. Schuckit, J. Duby, «Alcohol-related flushing and risk for alcoholism in the sons of alcoholics», *Journal of Clinical Psychiatry,* 43, 1982, p. 415-518.

5 C. R. Cloninger, «Genetic and environmental factors in the development of alcoholism, *Journal of Psychiatric Treatment Evaluation,* (număr special despre alcoolism, sub direcțiunea lui S. Blume, 1983).

6 Silke a diagnosticat-o formal pe Amy cu o tulburare de personalitate evitantă. O tulburare a personalității este o tulburare în care persoana a construit trăsături sau scheme de comportament disfuncționale durabile, pentru a minimiza suferința sa. De exemplu, toată lumea se teme să nu fie respinsă: dar sensibilitatea extremă a lui Amy îi interzicea toate relațiile, dacă ea nu era absolut sigură că nu risca nicio bruscare. Lunga istorie a depresiei lui Amy este tot un aspect de tulburare evitantă, şi un factor curent de intrare în toxicomanie.

7 Elaborarea accelerată reprezintă o învățare accelerată pe loc. Se foloseşte EMDR pentru a învăța oamenii noi competențe şi noi comportamente, pentru a-i pregăti să facă față la ceea ce se va produce. Ne asigurăm că clientul înțelege intelectual conceptele şi motivele comportamentului; el se imaginează apoi pe punctul de a avea dispoziția cerută în cursul unei serii de secvențe de mişcări oculare. Atunci când situația se produce în realitate, este mai bine pregătit pentru vindecare.

8 D. Finklehor, D. Dziuba-Leatherman, «Victimization of children», *American Psychologist,* 49, 1994, p. 173-183.
D. Finklehor, G. Hotaling, I. A. Lewis, C. Smith, «Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors», *Child Abuse and Neglect,* 14, 1990, p. 191-228.

Acest studiu național a arătat că 16% dintre bărbații adulți și 27% dintre femei au suportat abuzuri sexuale în copilăria lor. Măsurarea prevalenței abuzurilor sexuale s-a dovedit dificilă prin dezbaterea actuală despre fiabilitatea memoriei. Este adevărat că unii clienți pot fi induși în eroare de terapeuții care le-au furnizat informații inexacte despre infailibilitatea amintirilor lor. Mai precis, atunci când o «amintire» sau o imagine apare, în legătură cu o maltratare veche și până acolo uitată, nu putem să o ținem pentru asigurare fără confirmare printr-o mărturie exterioară. Totuși, pacienții pot de asemenea să fie uitați de către agresori care neagă existența abuzului. Se întâmplă ca negarea să fie sinceră, pentru că abuzul s-a produs în cursul unei alcoolizări extreme sau al altei stări disociative. Redevenit serios, agresorul nu-și poate imagina că a comis acest act și reacționează la acuzații cu o virtuoasă indignare. Toxicomanii sunt deseori la originea violențelor, și violența provoacă ușor comportamente toxicomane. Un lanț continuu de violențe și agresiuni se poate instala, pregătind terenul pentru aceleași dificultăți la generațiile viitoare.

Din fericire, în terapia EMDR, nu e necesar să se știe dacă o amintire se raportează la un eveniment real sau nu. Este necesară numai retragerea imaginilor care tulbură clientul. Amintirea poate fi reală, ea poate fi produsul unui traumatism indirect, sau complet falsă. Oricare ar fi validitatea sa, obiectivul EMDR este să elimine influența negativă pe care o exercită asupra clientului.

[9] C. Downing, «Surrender to powerlessness and its relationship to relapse in recovering alcoholics», teză pentru diploma de psiholog, Saybrook Institute, San Francisco, 1991, Citată de R. H. Kitchen, «Relapse therapy», *EMDR Newsletter,* 1, 1991, p. 4-6.

[10] B. O. Rothbaum, «How does EMDR work ?», *Behavior Therapist*, 15, 1992, p. 34.

11
Ultimul prag: a face față bolii, handicapului și morții

«Nu e niciodată prea târziu pentru a fi ce am fi putut să fim.»
George ELIOT

Avansând în viață, ne definim în general raportându-ne la capacitățile intelectuale sau psihice. În anumite cazuri, agățăm precar identitatea de un singur fapt notabil: «Sunt avocat», «Sunt alergător», «Sunt pictor», «Sunt dulgher». Și acest fapt devine ancorare, singura certitudine pe care o avem într-o lume haotică și care se schimbă rapid. Și atunci, ce se întâmplă când pictorul își pierde vederea, când artrita blochează mâna dulgherului ? Ce se întâmplă când avocatul, atins de cancer, foarte bolnav, nu mai poate munci ? Dintr-o singură lovitură, persoana trebuie să înfrunte nu numai pierderea stăpânirii vieții sale antrenată de handicapul fizic, dar și moartea a ceea ce făcea până atunci, identitatea sa. Ce se întâmplă atunci când acest scop de care eram siguri nu mai ascultă ordinele noastre, sau atunci când suferim pentru a face mișcările cele mai simple ? Lucrând cu clienții mei, am remarcat în nenumărate reprize că această pierdere are uneori consecințe emoționale și psihologice similare cu sindromul de stres post-traumatic [1]. Din fericire, EMDR poate ajuta persoana să utilizeze toate resursele sale când se confruntă cu un handicap, cu o boală sau chiar cu moartea.

Când Richard Webster s-a dus să consulte psihiatrul David McCann, era prizonierul ruinelor care reprezentau viața lui. Victimă a unui teribil accident minier la începutul anilor '80, își pierduse ambele brațe, avea cicatrice mari pe față și pe alte locuri vizibile ale corpului, surzise și îi trebuia încălțăminte ortopedică pentru a merge. La opt ani după accident, suferea de flash-back-uri diurne și de coșmaruri despre care spunea că sunt infernul. Richard îi descrise lui David cum, într-un puț de douăzeci și cinci de metri adâncime a căzut doisprezece metri atunci când o explozie de gaz l-a înconjurat cu o minge de foc. El a povestit că în toate nopțile, atunci când încearcă să adoarmă, are impresia că pielea lui păroasă arde și e invadat de o enormă frică. Emisiunile de televiziune care arătau accidente sau explozii declanșau în el gânduri

intruzive referitoare la propriul accident, cu sentimente de depresie. În fiecare an, la data aniversară a exploziei, simptomele se înrăutățeau. La numai patruzeci şi unu de ani, Richard avea nevoie de îngrijirile unei infirmiere 24 de ore din 24.

În cursul primei lor şedinţe EMDR, David şi Richard decideau ce urmau să ţintească. Richard se vedea pe punctul de a lua foc de viu într-o minge de foc, îşi amintea gândurile pe care le avusese atunci («Dumnezeule, o să iau foc !») şi simţea descărcarea adrenalinei din cauza fricii. În cursul primei secvenţe de mişcări oculare, Richard îşi spuse: «Sunt un om mort»; avea impresia că se sufocă. În timpul travaliului, imaginile şi senzaţiile iniţiale au devenit vagi şi se trezi privind în jos, ca şi cum ar fi fost în afara corpului, observându-se el însuşi cum începea să ardă, înconjurat de restul echipei sale. Richard îşi amintea impresia pe care a avut-o simţind combinezonul de protecţie topit şi lipit de piele; îşi amintea rugăciunea cu care implora: «Doamne, fă ceva pentru mine !»

Brusc, scena se schimba, trecând la amintirea unei alte experienţe de moarte iminentă când a fost prins într-un turn de foraj petrolier. Singurul său gând era: «O să mor.» Apoi, spontan, procesul continua, Richard se simţea plutind printre nori şi auzea cuvintele: «Trăiesc» care rezonau calm în conştiinţa lui. Spuse plângând: «Cred că acum înţeleg.» Acest om puţin religios explică mai târziu că a simţit în acel moment că exista «în altă dimensiune din acest univers».

În şedinţa următoare, o săptămână mai târziu, toate simptomele lui Richard dispăruseră. Acum avea în proiect să fie cât mai independent posibil. Pentru prima dată după opt ani, a început să aibă grijă de el, să se ocupe de locuinţa lui şi putea să stea opt ore pe zi fără nicio asistenţă. El spunea că, graţie şedinţei de EMDR, «o enormă schimbare se petrecuse». Luna următoare, echipat cu o proteză, luă permisul de conducere şi făcu turul oraşului cu maşina, având impresia că este «prizonier eliberat pe cuvânt». Richard spunea că s-a săturat să i se spună: «N-o să mai puteţi niciodată să trăiţi normal», şi declară că niciodată de acum înainte nu va mai pune vreo limită la ceea ce va reuşi să facă pentru el însuşi. Trei luni mai târziu, pleca singur cu maşina să viziteze oraşul natal şi să guste o călătorie în solitar într-un parc naţional. Un an mai târziu, îl găsim ajutând activ alţi amputaţi şi ocupând un loc în consiliul de administraţie al unei asociaţii de ajutor al copiilor protejaţi.

Doi ani mai târziu, Richard descria astfel şedinţa sa EMDR: «A fost o experienţă uimitoare, care sfidează imaginaţia. M-am concentrat pe ce mi s-a întâmplat cel mai îngrozitor şi totul a dispărut. Această terapie m-a făcut să privesc departe, în profunzime, în propria mea viaţă. Astăzi văd foarte clar fragilitatea vieţii umane şi ce semnificaţie are pentru mine. Sunt mai atent la ceea ce resimt. Apreciez fiecare minut din viaţă.» Din multe motive, Richard este pentru mine emblematic pentru un dicton la care ţin în mod special, în contextul travaliului în EMDR: «Ceea ce contează, nu e ce se întâmplă; e cum facem noi faţă.»

Evident e convenabil să se evalueze o suferinţă somatică de către medici competenţi, dar EMDR a fost utilizată cu succes pentru a ajuta persoane care suferă de tot felul de boli şi de reacţii somatice. În anumite cazuri, terapeuţii EMDR şi-au dat seama de ce cauza durerii fizice era o amintire traumatică blocată în sistemul nervos. Un bărbat a venit la consultaţie pentru o fobie de a conduce automobilul care îl împiedica de ani de zile. În timp ce elabora amintirea unui accident de maşină, a fost cuprins de un spasm la umăr şi la spate care îi cauza aceeaşi durere care îl făcea să

meargă la un osteolog aproape în fiecare săptămână de mulți ani. În cursul EMDR, și-a amintit că prima dată când a resimțit această durere, a fost în timpul accidentului, când a fost proiectat în peretele din dreapta al mașinii. Pe parcursul tratamentului și al elaborării amintirii accidentului, umărul său drept s-a destins complet. De atunci niciodată nu l-au mai jenat aceste spasme (și nici fobia de a conduce automobilul).

Între problemele fizice care sunt de origine pur psihologică (cum e durerea blocată în memorie) și problemele fizice care sunt strict organice (o amputare de exemplu), există un evantai de tulburări și de boli care par a fi cauzate de interacțiunea fizicului cu psihologicul. Psiho-neuro-imunologii au descoperit că evoluția a numeroase boli, printre care cancerul, este influențată de o constelație de factori genetici, de mediu și psihologic [2]. Aceasta nu înseamnă că trebuie blamat pentru boala sa, dar poate să însemne că o cantitate suficientă de stres de natură particulară poate avea un efect negativ asupra sănătății fizice. EMDR poate fi utilizată pentru a ușura o bună parte din acest stres.

Totul poate fi ocazie de creștere. Părăsind ședința EMDR, Richard depășea limitele fizice provocate de accidentul său într-un mod în care niciodată nu se credea în stare. Pacienților atinși de cancer, oricare ar fi prognosticul lor, EMDR le poate oferi o cale pentru a înțelege. Experiența unei boli mortale este specială pentru fiecare individ, dar avem toți în noi capacitatea de a elabora durerea și punctele de blocaj din viața noastră.

Este cazul unei femei care era îngrozită la gândul de a vedea corpul său devastat de o mastectomie făcută pentru cancerul la sân. Până când a elaborat această frică, era paralizată. Ea nu înțelegea nici chiar posibilitățile pe care i le prezenta medicul. Ea a făcut EMDR pentru a alege un tip de tratament și i-a apărut clar în conștiință că era mult mai mult decât corpul singur. Ea și-a dat seama că mai avea încă mult de trăit și că personalitatea sa transpărea mereu în ea.

O altă femeie atinsă de cancer era îngrozită de operația pe care trebuia s-o suporte. În cursul ședinței EMDR, a înțeles că avea mai puțin frică de operație decât de ce i se va întâmpla soțului și copilului său dacă murea. În EMDR, ea și-a dat seama că făcuse deja fundații solide familiei sale; dacă murea, ei se descurcau. După convalescență, ea încercă mai puțin să stăpânească totul, era mai liniștită.

O a treia femeie, a fost diagnosticată cu o formă virulentă și totdeauna mortală de cancer. Căsătorită de ani de zile, fusese părăsită de soțul ei și se temea să moară singură în durerea ei. În cursul EMDR, se imagina înconjurată de părinți și de alți membri ai familiei, care muriseră înaintea ei și declara: «Când o să mor, o voi face cu demnitate.» Vorbind despre această experiență mai târziu ea spunea: «Totul mergea bine. Nu mai aveam nevoie de suferință ... cineva mă ținea de mână.» După asta, a început să se schimbe și a devenit un exemplu pentru toți cei ce o cunoșteau.

Murim toți, mai curând sau mai târziu. În fața acestui fapt, sunt posibile multe alegeri. Putem savura timpul care ne rămâne sau să-l pierdem cu lamentări. Dacă putem să păstrăm un minimum al bunului simț sau de principii spirituale, alegerea pare evidentă; uneori, frica poate să-l ducă spre logică sau credință. Frica poate să ne facă să pierdem cele mai înrădăcinate credințe. De aceea, în fața bolii și a eventualității, sau a certitudinii morții, a ținti moartea însăși este una dintre utilizările cele mai constructive ale EMDR.

În noiembrie 1988, când a fost diagnosticat cu cancer de prostată Jan de Groot, zis Johnny, în vârstă de şaizeci şi cinci de ani, avea o boală despre care nu se vorbea cu plăcere. Trebuia să aştepte şapte ani înainte ca *Time* să vorbească de cancerul de prostată pe coperta ediţiei din 1 aprilie 1996 şi să anunţe spre groaza publicului că în Statele Unite un bărbat din cinci este atins. Articolul spunea că Bob Dole, generalul Norman Schwarzkopf şi actorii Jerry Lewis şi Sidney Poitier sufereau şi ei. În 1996, cancerul de prostată depăşea cancerul de piele şi devenea cancerul cel mai curent la bărbaţi din Statele Unite. Vârsta medie de apariţie a cancerului era de şaizeci şi doi de ani.

În 1988, profesioniştii din sănătate nu erau atât de vigilenţi şi bine informaţi ca astăzi în raport cu pericolele cancerului de prostată. De fapt, medicii de la marea casă de sănătate de care aparţinea Johnny de Groot nu descoperiseră tumoarea canceroasă în prostata sa înainte ca ea să atingă stadiul D, ultimul stadiu înainte de moarte[3].

Cancerul de prostată al lui Johnny emisese deja metastaze; se generalizase, de la peretele acestei glande sexuale de mărimea unei nuci, până la toate oasele din corp, cu ciudata excepţie a părţii de jos a picioarelor. Era prea târziu pentru raze sau chimioterapie. Singurul lucru pe care oncologii puteau încă să-l facă, era să încetinească diseminarea celulelor canceroase şi să întrerupă secretarea testosteronului, hormonul masculin care stimulează creşterea lor. Operaţia, numită orchidectomie, constă în înlăturarea chirurgicală a testiculelor. A urmat o terapie hormonală pentru a opri producerea reziduală de testosteron, secretat şi de glandele suprarenale. Johnny a început să urmeze acest tratament.

Johnny era un om liniştit, rezervat; prietenii îl descriau ca pe unul pe care se putea «conta în mod absolut», ca pe un «super-drăguţ». Născut în Olanda, era de formaţie inginer şi prin natura sa, când era tânăr, toată lumea credea că după ce îşi va lua diploma va uni prospera afacere familială, la Delft. Fratele său mai mare ar fi moştenit-o într-o zi, dar asta nu era o problemă pentru Johnny. Asta era tradiţia.

Al Doilea Război Mondial a schimbat tot. Când naziştii au intrat în Olanda, în 10 mai 1940, Johnny avea optsprezece ani şi îşi făcea studiile de inginerie la Amsterdam. A putut să studieze, dar ocupaţia germană îl îngrozea. A fost obligat în mod regulat să se ascundă când naziştii făceau razii pentru alimentarea cu tineri a maşinii lor de război. Cei cinci ani lungi de război au fost un coşmar pe care Johnny nu l-a uitat niciodată şi de care, până la sfârşitul vieţii sale, nu vorbise cu nimeni.

La sfârşitul războiului, Johnny nu era în aceeaşi dispoziţie faţă de scumpa sa Olanda şi nu vedea de ce ar mai fi rămas. Mult iubita sa mamă murise de hemoragie cerebrală când el avea patru ani şi tatăl său s-a căsătorit imediat cu guvernanta, pe care Johnny o detesta, ca şi fratele şi cele două surori. A doua doamnă Groot i-a făcut lui Johnny o impresie profundă şi durabilă, pe care am văzut-o apărând în cursul tratamentului EMDR.

La douăzeci şi cinci de ani, cu diploma de inginer în buzunar, Jan de Groot a părăsit Olanda. A intrat în marina comercială olandeză, străbătea lumea în lung şi-n lat şi şi-a dat seama că adora călătoriile. La începutul anilor '50, Johnny a emigrat în Statele Unite. S-a instalat la New York, şi-a luat o slujbă de desenator industrial pentru o companie de optică şi a obţinut hârtiile de naturalizare în 1956, la treizeci şi trei de ani. El aprecia noua sa patrie şi se adapta bine. A trebuit să-şi modifice prenumele:

americanii erau aparent incapabili să spună «Jan» (pronunțat *yon*), l-a schimbat în «John», care a devenit rapid «Johnny».

În 1957, Johnny a întâlnit-o pe Martha în timpul unui sejur de sporturi de iarnă. Ea avea un serviciu de agent de probă la New York și s-au înțeles imediat foarte bine. Martha era intrigată de politețea europeană a lui Johnny, de farmecul său, gentilețea și maturitatea sa; el avea cu șapte ani mai mult decât ea. Înainte de sfârșitul anului, s-au căsătorit.

Această uniune fără pasiune, dar tandră, a fost fericită. Johnny a părăsit serviciul, cuplul a traversat continentul și Johnny și-a lansat propria firmă. Au construit și o familie: au avut două fiice, pe care Johnny le adora. Totuși, afacerea lui Johnny nu a fost deloc înfloritoare. El a fost obligat să o vândă câțiva ani mai târziu și să-și ia o slujbă temporară de factor poștal, ceea ce reprezenta pentru el o scădere a statului social. Ca urmare, Martha, care era casnică, a reluat lucrul ca agent de probă și a făcut mai târziu o formare în psihoterapie.

Johnny avea șaizeci și cinci de ani când a aflat că are cancer de prostată. De puțin timp se pensionase din postul de la poștă, unde până la urmă petrecuse douăzeci de ani, și se bucura la gândul că are destul timp ca să navigheze și să meșterească la corabia sa cu pânze de șase metri, amarată în portul de agrement din Berkeley. Era pasionat și de schi, îi plăcea să lucreze în casă și în grădină, și învățase de curând să cânte la pian și la flaut. În ciuda stării avansate a cancerului, Johnny nu avea impresia că e atins de o boală mortală; el nu avea pe de altă parte aerul și nu se comporta ca un om condamnat. Fizic, era în formă și ducea o viață activă. Așa voia să rămână. În această stare de spirit Johnny a hotărât să facă psihoterapie; se gândea că poate avea câteva lucruri în el care alimentau boala.

L-am întâlnit pe Johnny la sfârșitul lui mai în 1989. Am trecut la prima ședință explorând istoria sa și vorbind despre starea de spirit actuală, despre căsnicia lui (amândouă lucrurile, spunea el, sufereau de la anunțul diagnosticului, cu șase luni înainte). Operația îl lăsase definitiv neputincios și avea fantasme obsedante în jurul morții persoanelor din jurul său, în special Martha. Avea impresia că a devenit irascibil, că reacționa anxios pentru fleacuri, o reacție caracteristică la cei ce au fost anunțați că au o boală mortală [4]. Se spune că toate resursele persoanei sunt mobilizate pentru stăpânirea fricii de viitor, și ea nu mai are răbdare pentru micile greutăți ale vieții cotidiene. Chiar și oamenii care au fost considerați mereu sensibili, prevenitori și «drăguți» cunosc brusc explozii de mânie.

Eu și Johnny discutam despre decepțiile și regretele sale, pe care le rezuma într-o frază: «Nu pot să reușesc.» I-am explicat ce e EMDR și i-am propus s-o folosim pentru a aborda această credință în ședința noastră următoare. El a fost de acord și i-am cerut să aducă data viitoare o listă cu toate credințele, trecute și viitoare, pe care le asocia cu «Eu nu pot să reușesc». Ședința următoare, Johnny a deschis o foaie de hârtie îndoită cu grijă și a spus: «Bine, mi-e frică să reușesc.» Pauză. «Aș risca să-mi pierd soția.» Pauză. «Este dificil să fiu în contact cu emoțiile mele. Fericirea e periculoasă. Nu vreau să ascult; aceasta e o constantă a vieții mele. Nu vreau să ascult, cu atât mai puțin când subiectul nu e chiar pasionant. Probabil are legătură cu mama vitregă; mă dezgustă mama vitregă.» Pauză. «Nu reușesc să mă pun să cânt la pian sau la flaut. Am impresia că sunt blocat, atunci când cred că mi-ar plăcea dacă aș cânta. Bizar.»

Cu toate că avea peste şaizeci de ani şi făcuse o psihanaliză când era mai tânăr, Johnny era mereu inhibat de mesaje ce veneau din copilăria sa. Am luat drept ţintă emoţiile pe care le trăia din cauza cancerului şi situaţiile din prezent care-l înfuriau contra Marthei, dar o bună parte din stresul pe care-l resimţea şi sentimentele sale că nu valorează nimic veneau din familia lui de origine. Ca mulţi bolnavi de cancer, Johnny se simţea rău când îşi exprima furia. Ne-am apropiat de acest punct printr-un travaliu indirect asupra fantasmelor de a vedea murind persoane din jurul său.

«Şi fantasmele morţii ? am întrebat.

—Nu e clar. Trec prea repede. Şi apoi mă simt trist, deprimat. Ele apar când mă simt rău sau pentru că am nevoie să mă simt rău. Îmi imaginez că Martha moare.»

Aşteptându-l să spună asta, am decis să utilizez EMDR pentru a repera elementele esenţiale ale tabloului clinic şi a dezamorsa rapid cât mai multă suferinţă posibil. Johnny putea să moară oricând, noi nu aveam posibilitatea să întreprindem un travaliu pe termen lung. Am decis să pun pe picioare sistemul său înnăscut de tratament pe o serie de ţinte şi să ne centrăm pe fiecare dintre ele individual mai târziu.

«Să revenim la momentul în care v-aţi gândit că veţi fi mai fericit dacă ea ar fi moartă.

—Eram la schi răspunse Johnny imediat. Ne distram bine. Eram la o competiţie naţională de schi. Dar nu am reuşit să regăsesc locurile noastre şi ea s-a înfuriat. A spus că sunt idiot. Era multă lume în jurul nostru şi a fost foarte jenant ... Asta m-a înfuriat foarte tare. Ea arăta întregii lumi supărarea ei pe mine. Nu am reuşit s-o fac să vadă punctul meu de vedere. În acea zi, totul mergea aiurea.

—Când era ?

—Prin 1984.» Incidentul i-a rămas în gât, chiar dacă au trecut aproape cinci ani de atunci. Aşa se întâmplă deseori cu emoţiile pe care nu le exprimăm.

«Ce resimţiţi acum ?

—Mă simt foarte agasat.» Ca numeroşi bolnavi de cancer, Johnny nu reuşea să identifice emoţia pentru furie. De multe ori, aceşti pacienţi ajung aici după ce s-a-ntâmplat, dar ei identifică adesea emoţiile lor drept «agasare» sau «plictiseală». Ei îşi reproşează că au această emoţie şi nu o exprimă în nici un caz. Mulţi bolnavi de cancer nu-şi amintesc să fi avut măcar o zi vocea ridicată pentru a se apăra, la vârsta adultă.

«Unde o resimţiţi, în corp ?

—În stomac.»

Am făcut o secvenţă.

«E tot acolo.»

Altă secvenţă.

«Reacţionez foarte puternic. În loc să mă înfurii, eu întorc lucrurile pe glume. Aşa am ratat câteva lucruri, cred.» Incapacitatea lui Johnny de a exprima furia era în legătură cu experienţa precoce care-l învăţase că e periculos să ai emoţii.

«Şi furia ? De ce nu e bine să fii furios ?

—Pentru nimic ... furia e legată de lucruri dificile. Asta mă duce la vremea când eram foarte tânăr, aveam şase sau opt ani; am simţit nevoia s-o omor pe mama mea vitregă. Riscam s-o omor dacă mă lăsam dus, şi deci nu puteam să fiu furios.

—Reveniţi la impresia „Nu pot să fiu furios". Are legătură cu mama vitregă ?

—Da. Fraţii mei şi sora mea resimţeau acelaşi lucru. În timpul războiului îmi spuneam: Cum se face că bombele nu cad decât peste oameni cumsecade ? Voiam s-o părăsesc, dar când eşti copil, nu poţi să pleci.

—Gândiţi-vă la mama vitregă. Unde resimţiţi emoţiile ?

—În abdomen.»

Am făcut o secvenţă.

«Ea era mereu arţăgoasă, se plângea tot timpul.»

Altă secvenţă.

«Asta mă înfuria foarte tare. În loc să o fi omorât, eu speram că ea o să moară în alt mod.»

Altă secvenţă.

«Aş fi vrut să fiu dus în altă parte.

—În loc să încercaţi să o faceţi să plece, i-am spus, evocaţi-o pe mama vitregă în mintea dumneavoastră.

—Nu am vorbit niciodată înainte despre această amintire. Eram la masă, la micul dejun, eu tocmai mă aşezam şi mama vitregă era în picioare lângă mine. Era furioasă, a strigat: „Pune-ţi şosetele în coşul de rufe !" Foarte furioasă. A continuat să-mi facă reproşuri. Tata a intervenit pentru mine. Ea l-a ignorat. A continuat să strige. Tata mi-a spus: „Pentru numele lui Dumnezeu, du-te. Ieşi din casă. Du-te !" Şi nu făcusem nimic grav.

—La cât este emoţia dumneavoastră ?

—9 din 10. La baza abdomenului şi la nivelul plexului solar.»

Am făcut o secvenţă.

«A fost cu mult timp în urmă, spuse Johnny, şi sub nicio formă ea nu putea s-o împiedice.» Durerea se atenua, dar mai avea încă multe de făcut acolo.

Altă secvenţă.

«Mă simt mai bine, dar e încă profund în mine. Îmi amintesc foarte clar; este adânc îngropată în viaţa mea. Martha care moare sau altcineva care moare {*ca mama sa când el avea patru ani*}, este la 5, sus în pieptul meu.»

Altă secvenţă.

Johnny îmi spuse: «Am ca nişte viermi de o parte şi de alta şi jos la spate. Fratele meu mai mare a părăsit casa la şaptesprezece ani.» Amintirile mamei sale vitrege, moartea, impresia sa de eşec, totul se amesteca.

Am făcut o secvenţă.

«Nu pot să reuşesc ca el, pentru că tata nu o permitea. De ce nu m-a lăsat şi pe mine ? Eu sunt la fel de capabil ca fratele meu. Păcat că nu m-a dat afară. Asta m-ar fi ajutat.

—Cum vă simţiţi acum ?

—Mi-ar fi plăcut ca ea să nu fi fost niciodată acolo. Un 4. Nemulţumirea e mereu acolo. La baza abdomenului.»

Altă secvenţă.

«El a reuşit să părăsească casa şi eu nu am reuşit ... Totul se învârtea în jurul faptului de a reuşi, dar era în afara discuţiei, eram prea mic. Eu nu am mai pus întrebări. Am mereu o presiune în capul pieptului.

—Haideţi, în capul pieptului şi intraţi în contact cu apăsarea care seamănă cu „Nu pot să reuşesc"», i-am spus.

Am făcut o secvență.

«7. Eu n-o merit.

—Rămâneți în contact cu asta.»

Altă secvență.

Când ne-am oprit, Johnny a rămas tăcut mult timp, apoi spuse: «Sunt aici, acum. Pot să resping trecutul, să-l dau la o parte. E trecutul meu. Mă simt mai bine.»

Altă secvență.

«Bine ... bine ... bine ... E mai bine în pieptul meu şi în partea de sus a corpului. Mai am încă puțin vertij. A fost o biată femeie. Lamentabilă, ea era pur şi simplu lamentabilă.»

Altă secvență.

«În tot cazul, nu puteam să fac nimic. Din primul moment, când ea a sosit, am putut să-mi dau seama că ea avea câte ceva care nu ar fi mers. Am visat ...» Johnny îşi trecu mâna prin părul acum mai rar, şi o puse pe gât; gândurile lui reveneau în prezent. «La soția mea, era altceva, aşa cum sigur era şi la mine. Erau cu siguranță o mulțime de alte femei care nu ştiau să folosească corect un tub de pastă de dinți. Urlam pentru prostii.

—Dacă vă gândiți la mama dumneavoastră, ce vă vine în minte ?» În aceste amintiri, trebuie că avea o enormă durere blocată în jurul pierderii mamei sale.

«La început o înmormântare. Apoi, nu, a trebuit să vină mai întâi, îmi amintesc că era culcată pe divanul din salon şi era foarte bolnavă. Tata se ocupa mult de ea. El ne spunea că ea este foarte bolnavă. Apoi am văzut-o pe patul de moarte. Văd asta clar. Era o femeie iubitoare şi tandră şi avea pudră albă pe nas. Tata spunea: „Dacă tu i-ai cere mamei ceva ca să mergi la colț la farmacie să-ți cumperi ceva dulce ?" Atunci eu îi ceream şi ea îmi dădea nişte bani. Dar ea nu prea mai putea să vorbească, m-a privit, atât.

—Unde resimțiți asta ?

—În piept şi în gât.»

Am făcut o secvență.

«Simt nevoia să plâng. Nu reuşesc să plâng şi atunci mă simt trist şi deprimat în loc; e mai prezentabil. Altă dată, se spune: „Nu plânge, o să treacă". Să plângi, nu era acceptabil. Mă simt oprimat. Acum, am furnicături.» Furia, tristețea, frica – toate emoțiile care nu erau convenabil de resimțit – puteau reveni să ne obsedeze tot restul vieții noastre.

Altă secvență.

«Este important, de asemenea că dumneavoastră mă priviți, că sunteți atentă la mine. Nu ştiu de ce, eu cred că oamenii nu mă privesc când aş vrea să se ocupe de mine.

—Ce simțiți când vă gândiți la mama vitregă, acum ?

—Mă simt trist. Ea e moartă.

—Evocați „Eu nu pot să reuşesc".» Dacă nu elaboram această credință, aveam mai puțină speranță că Johnny învață să profite de zilele care i-au rămas din viață, fără a vorbi de încercarea de a trata cancerul. Am decis să continuăm să explorăm diferite aspecte ale fricii din el, activând sistemul său de tratament. Ştiind că poate n-o să pot să am timp să mă ocup în întregime de fiecare amintire pertinentă în timpul şedințelor pe care le vom avea împreună, am decis să contez pe sistemul său înnăscut pentru a urma travaliul de vindecare în afara cabinetului meu.

«Mama mea. Eu nu pot s-o fac să meargă mai bine. Dar eu nu pot să mă îndepărtez de casă. Eu nu atrag atenţia asupra mea. Când am crescut, după, m-am revoltat cu adevărat. Am aruncat pietre în geamuri, voiam să atrag atenţia. Voiam să se ocupe de mine toată viaţa.»

Altă secvenţă.

«Nu reuşesc să atrag atenţia celorlalţi. Am nevoie de ajutor. Nimeni nu mă ajută, nimeni nu se ocupă de mine, eu nu pot să reuşesc.

Altă secvenţă.

În general mă simt mai bine.

—Reveniţi la „Eu nu pot să reuşesc", i-am spus.

—Pianul şi flautul. Este grotesc. Nu reuşesc.»

Altă secvenţă.

«Nu reuşesc să-mi fac plăcere. Nu pot să fiu fericit în această situaţie ... nu pot să arăt că sunt fericit, nici să mă simt fericit, parcă îmi pierd ţelul, acela de a mă simţi deprimat şi a încerca să obţin atenţia celorlalţi. Eu n-o să am niciodată atenţia lor. Dacă niciodată nu am fost pe punctul de a o obţine. Mă simt rău. Mi-e jenă să le cer oamenilor să mă ajute să mă înveţe pianul ... Am nevoie să spun acestei persoane că am nevoie de ajutor. Tot timpul. Nu-mi trebuia o singură lecţie; îmi trebuia mereu ! Şase ore pe zi ! Prea greu singur. Dacă reuşeam şi eram mulţumit, asta distrugea nevoia mea de a avea atenţia celorlalţi !

—Cum vă simţiţi ?» Avea aerul mulţumit de a fi descoperit acest adevăr de ordin emoţional. În plus durerea se estompa, în plus ţelele vieţii sale şi forţele care le ţineau strânse apăreau clar.

Johnny începu să râdă. «E bine !

—Cum vă simţiţi acum, gândind la „Eu nu pot să reuşesc"?

—E ridicol, dar încă adevărat. Toată viaţa mea, am ştiut că nu puteam. Asta vine de departe ... din şcoala primară. Cursul pregătitor ... l-am repetat. Toţi colegii mei au trecut în clasa superioară şi eu m-am trezit într-o clasă nouă.»

Altă secvenţă.

«Dacă încerc să reuşesc văd totul punându-se de-a curmezişul. Este ceva curent. În general, reuşesc să depăşesc asta, dar ştiu că e acolo. Am iarăşi un fel de vertij, sunt înspăimântat.

—Şi ce se întâmplă cu „Eu nu pot să reuşesc" ?» De fiecare dată când îi puneam această întrebare, activam informaţia stocată şi o legam din nou la sistemul de tratament al informaţiei.

«Nu reuşesc să cânt la pian. Nu pot reuşi să cânt la flaut. Nu pot să reuşesc la şcoală, la serviciu, sau cu părinţii.

—Unde resimţiţi asta, în corp ?

—Foarte jos, în intestine.»

Altă secvenţă.

Johnny râse fără să spună nimic.

«Din nou „Eu nu pot reuşi"; cum este ?

—Idiot ! Idiot pentru că nu poate reuşi. În afară de cazul când nu vrea să reuşească. Am nevoie să reuşesc ? Hmmm ...

—Ce se întâmplă când vă imaginaţi pe punctul de a reuşi ?» Era timpul să-i dau ceva pozitiv de lucrat acasă.

—Îmi convine foarte bine ... nu pot să fac asta ... asta demolează ţelul meu.»

Altă secvenţă.

«Îmi place cu adevărat să cânt şi mă văd pe punctul de a cânta bine.

—Încercaţi să vă imaginaţi punându-vă la pian în această săptămână. Mergeţi etapă cu etapă şi urmaţi degetele mele.

—Ei bine, intru în cameră, spuse Johnny, ochii urmărind de aproape mişcările mâinii mele. Mă aşez pe taburet, deschid pianul ...» El s-a întrerupt, ca şi cum ar fi lăsat să pătrundă imaginea. «Apoi scot partitura şi pun mâinile pe clape.»

Secvenţa continua.

«Nu pot să-mi fac plăcere. Nimeni nu poate să mă asculte ... dar îmi place şi mi-aş dori să încerc, cred.

—Ce vă reţine ?

—Nu vreau s-o fac. Mi se face frică.

—Unde o simţiţi ?

—La baza abdomenului. Risc să reuşesc şi asta mă pune în pericol.

—Intraţi în contact cu această primejdie, am spus pe un ton neutru.

Şi am continuat.

În cursul altor şedinţe, eu cu Johnny am lucrat direct cu amintirile şi situaţiile prezentului care-l tulburau. În plus, noi am consacrat timp unei vizualizări pe care am construit-o. Carl şi Stephanie Simonton, doi pionieri ai psiho-neuro-imunologiei, au lucrat mult cu pacienţi canceroşi şi s-au interesat de ceea ce permite unor pacienţi să se menţină mai mult timp şi mai intens în viaţă decât alţii, cu diagnostice totuşi similare [5]. Pentru ei, diferenţa rezidă în aceea că pacienţii construiesc o imagine care le permite să-şi spună că sistemul lor imunitar este mai puternic decât cancerul. Pentru unii, sistemul imunitar este ca o armă puternică şi celulele canceroase nişte inamici fără vlagă. Anumiţi pacienţi fiind pacifişti, am preferat ca ei să producă o imagine cu care se simt bine. Pentru unii, a fost imaginea inimii lui Iisus, care iradia lumină în sistemul lor imunitar.

Probabil în raport cu trecutul său de inginer, Johnny şi-a reprezentat o descărcare electrică trăsnind de-a lungul corpului său şi distrugând celulele canceroase. Ne-am folosit de EMDR pentru a întări imaginea şi am armonizat-o cu cogniţia pozitivă «Sistemul meu imunitar mă vindecă». Combinaţia celor două îi dădea impresia de stăpânire şi de control. El ştia că nu avea garanţii, dar noi am mobilizat toate resursele. El a încercat la mine în cabinet, apoi şi acasă şi mi-a povestit ce făcea. «Văd un flux, spunea el, agitat din cap până-n picioare. O sclipire care trece prin oase. Îmi imaginez că sunt globule albe care produc această sclipire. Fac asta de şase ori pe zi. Văd foarte încet, capul, obrajii, umerii, braţele, trunchiul, genunchii, picioarele, degetele de la picioare.»

Johnny a avut în total patru şedinţe EMDR şi, după Martha, el şi-a trăit la urmă viaţa cu o libertate de expresie pe care nu o cunoscuse niciodată până atunci. Ea îl găsea pe Johnny total schimbat faţă de cum era înainte de EMDR, mai afectuos, mai viu, mai deschis şi mai sociabil cu ea şi cu alte persoane. A început să cânte la pian cu plăcere, fără să mai aibă teama de a nu reuşi. El şi Martha au făcut călătorii lungi în timpul ultimilor ani: au vizitat Thailanda, China, Franţa, Spania şi Alaska şi au făcut o coborâre de treisprezece zile cu pluta pe Colorado. Johnny a făcut şi o croazieră de trei luni cu velierul între California şi Alaska cu prietenii. Aceşti prieteni au relatat

schimbările survenite la Johnny. El nu mai era drăguţ şi plăcut cu toată lumea. Devenise mai sigur pe el. Spunea fiecăruia că vrea să fie strigat pe adevăratul său nume, Jan, şi i-a învăţat să-l pronunţe corect. «Şi-a recuperat adevărata sa identitate», spune Martha.

Jan continua să utilizez tehnica pe care noi am pus-o la punct: vizualizarea electricităţii care traversa corpul său pe verticală pentru a omorî celulele canceroase, era prinsă între două momente în care el repeta cogniţia pozitivă făcând mişcările oculare. La sfârşitul lui 1991, medicii lui Jan i-au spus că tumoarea de la prostată s-a diminuat şi el a venit acasă, exaltând.

«Martha, eu cred că am ajuns la capătul acestei porcării», îi spuse el râzând.

Dar cancerul era mereu în oasele lui Jan. În ianuarie 1992, Jan intră într-o fază foarte stresantă a vieţii sale de familie şi cancerul îşi reclamă rapid dreptul său. În mai, şi-a dat seama de slăbiciunea sa fizică şi s-a dus să consulte medicul. Cancerul de prostată atinsese acum ficatul. Jan s-a decis să facă o ultimă călătorie, de data aceasta până în ţara în care se născuse, Olanda. Acolo a închiriat o şalupă amenajată şi s-a plimbat pe canale timp de cincisprezece zile. După aceasta, a petrecut o săptămână cu familia înainte de a se reîntoarce în Statele Unite. Ştia că n-o s-o mai revadă niciodată.

Întors acasă, suferea din ce în ce mai mult. La sfârşitul lui iunie şi-a pierdut capul. Jan de Groot, în vârstă de şaizeci şi nouă de ani, a decis atunci să-şi pună capăt zilelor, luând un medicament pe care l-a cumpărat cu această intenţie din Olanda. Jan a cunoscut trei ani minunaţi după tratamentul EMDR şi a vrut să aleagă propriul mod de a muri. A plecat liniştit, cu Martha alături.

Mulţi bolnavi de cancer au descoperit diverse moduri de a utiliza EMDR pentru a regăsi stăpânirea vieţii lor şi pentru a trece proba îngrijirilor medicale. De exemplu, când Donna a fost diagnosticată cu cancer la sân, a fost incapabilă să doarmă trei nopţi. Se trezea la ora trei dimineaţa, îngrozită, imaginându-şi tot felul de lucruri. Ea se adresă unui terapeut pentru a face EMDR cerându-i să o ajute să treacă peste această încercare. Prima lor ţintă a fost frica Donnei: «O să mor.» În timpul şedinţei, Donna intra în contact, în plan emoţional, cu credinţele religioase şi fraza «Nu sunt gat să mor; vreau să trăiesc» avea pentru ea o puternică rezonanţă. Este o etapă importantă pentru mulţi bolnavi de cancer, când dificultăţile plonjează deseori în impresii de neputinţă care deteriorează calitatea vieţii şi pot să compromită acţiunea sistemului lor imunitar.

A doua şedinţă a ţintit impresia Donnei de a fi complet depăşită, ca numeroşi bolnavi de cancer, nu numai de problemele legate de tratament şi durerile antrenate de el, dar şi alte obligaţii ale vieţii curente pe care trebuia să le lase în suspans: exigenţele serviciului, nevoile celorlalţi etc. EMDR ajută pacienţii să relativizeze dificultăţile momentului şi să la faciliteze căutarea soluţiilor, calmând angoasa şi fricile lor.

În sfârşit, Donna s-a folosit de EMDR pentru a învinge reacţia sa după mastectomie. La început, ea nu putea să suporte propria ei vedere în oglindă, dar pe parcursul travaliului EMDR a reînvăţat să-şi iubească corpul şi a sfârşit prin a se simţi în acord cu noua ei înfăţişare. Medicul care o urmărea a fost uimit de rapiditatea cu care ea s-a refăcut şi a reluat lucrul la capătul a patru săptămâni; totuşi, vindecarea ei psihologică nu era completă. Donna nu s-a folosit de EMDR pentru a pregăti emoţional intervenţia chirurgicală şi a descoperit consecinţele săptămâni mai târziu. Prinsă într-un ambuteiaj într-o zi când se întorcea de la serviciu, a fost brusc invadată de o impresie de

pericol şi de moarte iminentă. Mai târziu, în timpul şedinţei EMDR, ea a observat că aceste emoţii erau în legătură directă cu evenimentele care s-au produs în ziua operaţiei. Ea îşi amintea că i-a spus la revedere soţului său cu frica de a nu-l mai revedea niciodată sau de a se trezi handicapată, paralizată sau cu creierul deteriorat. Nu era prima dată când ave problem fizice grave; cu douăzeci de ani înainte, ea şi-a zdrobit gâtul şi a trebuit să suporte o artrodeză* vertebrală. Operaţia de cancer a reactivat toată durerea nerezolvată a acestui prim traumatism.

Pentru cât de înspăimântător este cancerul pentru mulţi oameni, puţine boli sunt atât de îngrozitoare cum e SIDA. Epidemia de SIDA e atât de înspăimântătoare încât mulţi dintre noi ar prefera să-i ignore existenţa. Totuşi, Hugh Rodgers nu putea să uite SIDA. Brady, partenerul său de mult timp, suferea de trei ani de simptomele acestei maladii implacabile. Brady era viaţa lui. Cei doi bărbaţi erau foarte îndrăgostiţi. Ei s-au angajat cu totul, cu bucurie, unul faţă de celălalt, de aproape nouă ani. Au cumpărat împreună o casă, au crescut un cătel şi, ca multe alte cupluri, împărtăşeau vise şi speranţe pentru viitor.

Brady, care avea cu şapte ani mai mult decât Hugh şi care era bărbatul forte în relaţie, a minimalizat mereu gravitatea simptomelor sale. Îşi putea permite pentru că în acea vreme nici Hugh nici Brady nu cunoscuseră pe nimeni care murise de SIDA. Nu ştiau absolut deloc ce urma să-i aştepte.

Această ignoranţă avea să dureze până la sfârşitul lui 1992, când Brady a insistat să meargă să lucreze în ciuda febrei de 39°C. Pe drum, cu mintea aiurea, a lovit altă maşină. Nimeni nu a fost rănit, dar Porsche-ul lui Brady a fost distrus. Brady nu a mai condus niciodată şi nu s-a mai întors la lucru. Hugh l-a convins că era timpul să-şi ia boala în serios.

Chiar cu cooperarea lui Brady, lucrurile au devenit dificile. Într-o zi, şi-a pierdut cunoştinţa în timp ce făcea duş. În altă dimineaţă, Hugh a venit să-i spună la revedere înainte să plece la serviciu şi îl găsi pe Brady, cu faţa vânătă, încercând să-şi refacă respiraţia. Brady era conştient, dar incapabil să gândească, să reacţioneze sau să vorbească. Hugh a sunat la ambulanţă şi a stat lângă Brady până la spital, unde a fost diagnosticat cu cytomegalovirus (CMV), o infecţie virală a sângelui. Acasă, Hugh s-a dedicat lui Brady, chiar dacă era dificil să îndrume în acelaşi timp activitatea atât de stresantă de comerţ cu amănuntul. Cele douăsprezece luni care au urmat, de la sfârşitul lui 1992 până la sfârşitul lui 1993, Hugh a urmărit metamorfoza prietenului său: Brady nu mai era omul de afaceri inteligent, decis, dinamic care fusese, el se regăsea încet, încet cu capacităţile cognitive ale unul copil de cinci ani extrem de bolnav. În primul rând, nu a recunoscut demenţa SIDEI, cauzată de infecţia celulelor creierului cu HIV, dar starea mentală a lui Brady devenea din ce în ce mai gravă. În unele zile, Brady nu putea să gândească destul de clar pentru a răspunde la întrebările simple puse de Hugh: «Cum te simţi ? Ţi-e rău ? Ce pot să fac pentru tine ?» Brady bombănea de frustrare. Nu mai putea să vorbească într-un mod coerent şi-şi dădea seama.

Pentru Hugh, picătura care a umplut paharul a fost într-o după-amiază când s-a întors acasă şi l-a găsit pe Brady ghemuit între canapea şi măsuţă, agitând braţele fără să reuşească să se ridice singur. Hugh a văzut că Brady a trebuit să petreacă mai multe

* Operaţie care provoacă blocajul unei articulaţii (aici, articulaţia a două vertebre). (N.d.T.)

ore în această poziție căci urinase pe covor. Brady în mod vizibil nu știa unde se află, nici ce i se întâmplase. Era complet pierdut. Cu inima slăbită de vederea stării în care era redus partenerul său, Hugh începu să plângă. Spălându-l pe Brady a luat decizia să angajeze pe cineva care să aibă grijă de prietenul său în timpul zilei; el însuși ar fi continuat să asigure îngrijirile în restul timpului. El se forță să petreacă această perioadă negând degradarea lui Brady și retrăgându-se în spatele grijilor de ordin profesional pentru a nu se gândi la frica și tristețea care-l măcinau. El se concentra pe latura practică a lucrurilor: prepara micul dejun și prânzul lui Brady înainte de a pleca la serviciu, se întorcea la timp, veghea ca Brady să-și ia tratamentul și aranja cu prietenii să-l înlocuiască din când în când, pentru a răsufla.

Totuși, nu era decât jumătate din problemă. Hugh avea optsprezece ani când l-a întâlnit pe Brady și a început să iasă cu el. El se știa homosexual încă de la începutul adolescenței, dar nu avusese niciodată până atunci raporturi sexuale cu un bărbat. Când au vrut să facă dragoste pentru prima dată, Hugh l-a întrebat pe Brady dacă nu este vreun pericol. Brady l-a convins că nu. De fapt, exista pericol.

În 1988, când Brady a început să prezinte simptomele SIDA, Hugh își făcu testul. A aflat că este seropozitiv, cu un număr de limfocite T mai mic de 500^{6}. Hugh a fost pus sub AZT și i s-a prescris să înceapă imediat tratamentul de susținere a sistemului imunitar veghind de aproape sănătatea sa: să mănânce bine, să se odihnească suficient, să facă exerciții, să elimine toate celelalte stresuri ale vieții. La sfârșitul lui 1993, la cinci ani după acest diagnostic, viața lui Hugh nu mai fusese niciodată atât de stresantă. Era zdrobit de tristețe văzându-l pe Brady stingându-se câte puțin, zi după zi. Inversarea rolurilor pe care SIDA o impunea îi făcea lucrurile și mai dificile.

La sfârșitul lui 1993, când Brady nu mai putea să se dea jos din pat, i-a fost clar lui Hugh că sfârșitul se apropia. Această relație stabilă, plină de dragoste, în care el avea certitudinea că poate înfrunta tot ceea ce îi aducea viața, își pierduse punctul său de sprijin. Universul lui Hugh era prăbușit, ave impresia că se scufundă. Într-o zi, la mijlocul lui noiembrie, Hugh părăsi magazinul precipitat pentru a se închide în biroul său. Cu inima îngrozită, avea impresia că nu mai poate respira. Și-a făcut imediat o programare la un medic, care i-a prescris un tratament anxiolitic, dar acesta nu a avut nici un efect asupra cauzei crizei de angoasă.

Atunci Hugh a auzit vorbindu-se de un studiu psihologic care propunea patru ședințe gratuite de tratament bărbaților seropozitivi sau cu SIDA declarată. Studiul era dirijat de Donald Weston; acest psiholog lucra regulat cu populația homosexuală din Portland, în Oregon, și se interesa de posibilele efecte antistres (și deci eventuala prelungire a speranței de viață) pe care EMDR putea să le aibă asupra bărbaților și femeilor atinși de SIDA sau seropozitivi.

Studiul lui Donald solicita patru ședințe de câte 90 de minute. În cursul celei dintâi, Donald cerea fiecărui subiect să răspundă la aceleași șase întrebări referitoare la modul în care se considera el însuși, fiind o persoană atinsă de SIDA sau seropozitivă, și cum vedea viața sa prezentă și viitorul său.

Chiar dacă aceasta nu e abordarea obișnuită în EMDR, îi permitea lui Donald să repereze, în mod controlat, cum EMDR afectează durerea morală a persoanei în raport cu opiniile negative pe care le avea despre ea însăși și cu ce eficiență construia persoana un ansamblu de contra-credințe pozitive. Răspunsurile la aceste șase întrebări foloseau drept ținte pentru EMDR.

Prima dată când au practicat EMDR, Donald l-a ajutat pe Hugh să lucreze cu imaginea pe care şi-o făcea despre seropozitivitatea sa. Hugh gândea că, dacă va ajunge să aibă grijă de el însuşi, nu va cădea la pat. Totuşi, văzând degradarea lui Brady, era invadat de groază şi de durere până în străfunduri; avea impresia că asistă la propria sa moarte. În plus, era furios contra lui însuşi pentru că avea HIV. La începutul travaliului, SUD-ul său era la 9. După trei secvenţe, Hugh a început să plângă: «Nu am decât douăzeci şi şase de ani. SIDA a apărut cu mult înaintea mea. Brady o avea înainte să ne cunoaştem.

—Gândiţi-vă la asta.» A patra secvenţă.

«Pot să mă ocup de el, dar nu e vina mea.»

A cincea secvenţă.

«Pot să mă ocup de un lucru o dată. Dacă are nevoie de ceva eu îi pot oferi, va avea. Eu nu o să-mi fac griji pentru că nu am putut să fac ceva pentru el înainte. Mă simt liniştit, destins. Nu am mai avut această tensiune în umeri imediat după ce am plâns.» Hugh se opri, cu capul aplecat întrebă: «Este normal ca asta să meargă atât de repede ?

—Gândiţi-vă la asta.» A şasea secvenţă.

«Mă simt bine. Vreau foarte bine să fiu responsabil de ceea ce pot să fac pentru a-l ajuta pe Brady. Dar nu sunt responsabil de faptul de a fi seropozitiv.»

A şaptea secvenţă.

«Mă simt bine. Îmi place.»

Pentru a identifica a doua ţintă, Donald îl întrebă pe Hugh: «Aveţi o reprezentare mentală a virusului în corpul dumneavoastră ?

—Este galben. Ca la cursul de biologie, când ni s-a arătat imaginea unei picături albastre de colorant alimentar în apă.» Hugh a schiţat forma cu ambele mâini.

«Care sunt cuvintele care descriu ceea ce aţi spus despre dumneavoastră înşivă, cu această imagine ?

—Încerc să păstrez cele două lucruri separate: separ apa pură de colorant. Am impresia că sunt sub apă şi mă zbat să găsesc aer dar nu reuşesc. Când revin la suprafaţă, nu iau niciodată destul. Sunt câteva lucruri care mă reţin jos. E groaznic.

—Ce v-ar plăcea să puteţi gândi despre dumneavoastră ?

—Aş vrea să nu am impresia că mă înec. Aş vrea să pot accepta ceea ce am, pentru a putea profita de viaţă în loc să-mi fac griji în legătură cu sfârşitul inevitabil al bolii mele.

—Unde simţiţi asta, în corp ?

—În gât şi în umeri», spuse Hugh. El evaluă la 10 intensitatea acestei senzaţii.

Când Donald a reluat mişcările oculare, primul răspuns al lui Hugh a fost: «Nimic.»

A doua secvenţă.

«Nimic.»

O altă secvenţă.

«Am senzaţia că mă scufund. Nu am destul aer.»

O altă secvenţă. Hugh începu să plângă din nou. Era blocat pe tot ce nu mergea: viaţa sa, a lui Brady, serviciul său. Era ca şi cum el nu vedea decât laturile dificile ale vieţii sale. Apoi, dintr-o dată, emoţiile s-au schimbat şi el zâmbi. Durerea era de scurtă durată. Hugh şi-a lăsat mintea să rătăcească liberă şi se simţea uşor. Era curios. El nu

survola lucrurile de la înălțime; de la înălțimea adevărată, el trecea de la un lucru la altul; aceasta se petrecea liniștit, fără efort.

«Ce apare acum ? întrebă Donald.

—Văd lumină jos, în curcubeu. Nu mai sunt pe punctul de a mă scufunda. Știu să înot. Acum, sunt pe o plută de salvare. Când mă uit la fundul apei limpezi, văd galbenul care acoperă fundul.

—Gândiți-vă la asta.» A cincea secvență.

«Mă uit în apă. Totul e limpede. Este ca și cum aș avea galbenul la periferia privirii mele. Pot să privesc peste tot. A fost un moment când n-am putut să privesc în jurul meu și să văd alte lucruri.

Altă secvență.

«E un parfum de flori. Simt vântul și văd ce este în jurul meu.»

A șaptea și ultima secvență.

«Am nevoie să pot petrece toate zilele simțind flori, să simt vântul, să văd ce este important», spuse Hugh.

Doi ani mai târziu, Hugh relata această experiență în acești termeni: «Tristețea, frustrarea, disperarea, furia, angoasa, tot ce făcea viața mea de fiecare zi, totul a ieșit în timpul celor două minute. Apoi lucrurile bune au venit și am început să visez și să mă gândesc la lucrurile pozitive; era ca și cum alergasem patruzeci de kilometri, eram epuizat și mi se deschidea brusc poarta paradisului. Dintr-o dată, toată epuizarea mea dispăruse.»

În cursul ședinței următoare, cei doi au lucrat pe o idee a lui Hugh; el nu a făcut tot ce putea să facă. După a treia secvență, Hugh începu să plângă zicând: «Vreau să fac încă multe lucruri ... Eu nu am făcut tot ce aș fi vrut să fac.»

Altă secvență.

Hugh se redresă pe scaun, apoi spuse: «Am făcut deja multe lucruri. Pentru cineva care nu are decât douăzeci și șase de ani, am reușit multe lucruri.»

A cincea secvență.

Hugh avu un zâmbet larg: «Eram pe pluta de salvare. Și acum sunt pe un nor. Se poate spune, de sus, simt florile și vântul. Privesc în jos tot ce am făcut și vântul mă împinge spre noi uși care se deschid. Am timp să fac ce vreau să fac.»

Altă secvență.

«Nu reușesc să cred asta. Asta-i cu adevărat plăcut.»

Altă secvență.

«Într-adevăr am făcut multe lucruri în viață, și asta, îmi face plăcere.

A opta și ultima secvență:

«Da, totul e bine.

—Emoția dumneavoastră la cât este, acum ?

—La 3. Datorită dumneavoastră, am putut să mă las să plâng. Și nu plâng pentru ceea ce se întâmplă acum.» Cum avea să explice mai târziu, ședința i-a deschis o nouă cale. «În loc să privesc mereu negativ, asta m-a făcut să văd imediat pozitivul. Pozitivul nu era în plan secundar, era în față. Vedeam încă negativul, dar puteam să-l gestionez. Era ca și cum aș fi trecut de la o stare de handicapat la sănătate. Și asta m-a împins să nu abandonez.»

Donald și Hugh au consacrat o ședință elaborării reprezentării pe care Hugh o avea despre viitorul său și frica de a se îmbolnăvi. În timpul EMDR, Hugh s-a văzut pe

punctul de a învinge problemele sale fizice şi de a deschide poarta soarelui şi vântului. În fine. Ei au ţintit tot ce Hugh ar fi făcut dacă trebuia să moară. În timpul travaliului, gândul lui Hugh a revenit la Brady.

«Am avut impresia că pierd totul. Eu şi Brady voiam să trăim şi să petrecem pensionarea noastră împreună. Şi eu sunt obligat să mă debarasez de toate, pentru că bineînţeles eu nu voi mai fi acolo.»

A zecea secvenţă.

«E mai bine. Am o imagine în care arunc trucuri, şi apoi îmi amintesc fotografiile mele. Am mereu fotografiile.»

Altă secvenţă.

«Încă sunt bine: am amintirile mele. Le voi lua cu mine.»

Câteva secvenţe mai târziu Hugh spuse: «M-am gândit la ce a fost minunat în toate astea, şi avea sens; dar s-a terminat. Ce este după ?»

Altă secvenţă.

«Brady îmi lipseşte. Când o să mor, dacă pot, o să mă duc să-l caut..

Altă secvenţă.

«Îl aud pe Brady. Este în parc, mă strigă. Nu-l văd, dar mă duc să-l întâlnesc. Mă simt din nou destins. Nu s-a terminat. Decorul s-a schimbat, atât.»

Altă secvenţă.

«Mă simt bine. Am avut lucruri dificile în viaţa noastră, dar asta nu ne-a făcut să ne schimbăm, asta nu a schimbat viaţa noastră. SIDA face parte din viaţa noastră. Ironia şi simţul umorului lui Brady de asemenea. Am avut o viaţă frumoasă.»

Altă secvenţă.

«Am impresia că am imaginea completă a vieţii mele, şi boala nu e decât o mică parte. De fiecare dată când au fost dificultăţi între noi, le-am rezolvat. O să rezolvăm şi asta. O scoatem la capăt.»

Săptămâna următoare, Hugh a definit ceea ce reprezintă HIV în viaţa lui: «Pentru mine, e o provocare. Eu nu mă gândesc în termeni de : „Nu e drept" sau „Nu e bine". Puţin contează cum m-am molipsit; e o provocare pentru mine.» După EMDR, Donald şi Hugh au consacrat restul şedinţei lor vorbind pur şi simplu. Hugh îi povesti lui Donald comentariile salariaţilor săi: la serviciu, îl considerau prea vesel şi prea destins. În ceea ce priveşte studiul pe care îl făcea Donald Weston, Hugh evalua toate emoţiile negative la 0. El atribuia un nivel de adevăr de 7, maximum, noilor sale opinii pozitive.

Două luni mai târziu, Brady muri liniştit acasă la ei. Câteva săptămâni după, Hugh a revenit să-l vadă pe Donald. Era tulburat de câteva lucruri pe care le făcuse după moartea lui Brady, de care se întreba dacă era anormal sau bizar.

«Era acolo, Brady era acolo ... apoi a plecat. Atunci eu am ... » Hugh ezita. «M-am urcat în pat lângă el şi i-am luat corpul în braţe.

—Nu e nici anormal nici bizar, îi spuse Donald. Este dragoste.»

Astăzi, Hugh se dedică în întregime muncii sale, şi se simte bine. Au trecut nouă ani de la diagnosticul de seropozitivitate. Numărul de limfocite T a rămas în jurul lui 700 de mai bine de doi ani, un nivel apropiat de cel normal. Într-un studiu cu rezultate obţinute de lanţul de magazine, buticul său de cadouri a fost clasat al unsprezecelea din

aproximativ 800. Și-a reluat studiile cu o medie de 16 din 20 în primul semestru. Hugh face voluntariat pentru trei asociații nonprofit; s-a lăsat convins de un prieten să prezinte un poem (primul pe care l-a scris vreodată) într-un concurs care a avut loc la nivel de stat și care se numește Premiul Guvernatorului. El l-a câștigat și l-a auzit pe guvernatorul Oregon-ului citind poemul său în fața a o mie două sute de persoane. Hugh este un purtător de cuvânt elocvent și compasiunea sa profundă vorbește din inimă despre toți cei ce au trecut prin urma morții.

NOTE

[1] În centrul tuturor experiențelor traumatice, există o senzație de groază și chiar frica de a muri. Din punctul de vedere al evoluției, dincolo de motivele evidente pe care le putem găsi în numeroasele noastre reacții de angoasă, de furie sau detresă, totul pare să aducă înapoi o frică primitivă că însăși viața noastră este în joc. Această frică pare să joace un rol chiar în situații în care viața noastră nu este obiectiv amenințată: dacă nu, cum se explică reacțiile violente pe care le resimțim în timpul unei umiliri în școala primară, sau când am fost trimiși în tabere în vacanțe ? Când pierdem locul de muncă, de ce ne vedem murind de foame sub un pod ? Când pierdem o relație de dragoste, de ce ne imaginăm că vom sfârși în singurătate, fără nimeni care să ne iubească ? Avem oare un mecanism fiziologic înnăscut de alertă vitală care se declanșează de fiecare dată când starea noastră de bine e amenințată ? Altă dată, a fi exclus din grup însemna moartea; poate că experiențe similare declanșau o reacție emoțională echivalentă.

Toate acestea sunt cu totul și cu totul speculative; totuși, nimic nu trezește mai clar frica de moarte ca rănile sau bolile fizice grave. Chiar dacă, tehnic, nu putem să punem diagnosticul clinic de sindrom de stres post-traumatic unui bolnav, chiar dacă starea sa fizică pune viața persoanei în pericol, consecințele psihologice ale bolii sale pot să nu fie cu nimic mai puțin devastatoare. Deseori, boala se agravează prin faptul că persoana își reprezintă propriul său corp ca pe un agresor de care nu poate să scape !

[2] Pare evident că există o interacțiune a diverșilor factori. Terenul genetic poate să predispună la anumite boli. O anumită persoană va fi mai supusă unor tulburări cardiace și o alta la probleme pulmonare sau cancer. Anumiți factori din mediul înconjurător, ca toxinele sau radiațiile, pot de asemenea să joace un rol. Clinica face să apară clar că factorii psihologici sunt implicați în mod egal. Când sistemul imunitar este sănătos, el reușește în general să țină boala la distanță; dar când el este neutralizat de câțiva factori sau de un grup de factori oricare ar fi ei, printre care anumite tipuri de stres psihologic, cronic sau acut, persoana poate fi incapabilă să evite apariția bolii.

N. Cousin, *Anatomy of an Illness*, New York, Norton, 1979.
N. Cousin, *Head First: The biology of hope*, New York, Norton, 1989.
K. R. Pelletier. *Mind as Healer, Mind as Slayer*, New York, Delacorte, 1977.
E. L. Rossi, The Psychobiology of Mind-Body Healing, New York, Norton, 1986.
B. Siegal, *Peace, Love and Healing*, New York, Harper & Row, 1989.
G. Solomon, L. Temoshok, «An intensive psychoimmunologic study of long-surviving persons with AIDS», *Annals of the New York Academy of Science*, 496, 1987, p. 647-655.

[3] La fel numit stadiul IV.

[4] La persoanele care se confruntă cu o maladie fatală, tabloul clinic cuprinde mereu angoase, depresie, gânduri intruzive şi o tendinţă de a fi uşor tulburat. Mai mult decât sentimentele de neputinţă pe care le trăiesc, numeroşi oameni sunt obsedaţi de imagini intruzive ale momentului diagnosticului. Medicii, uneori, fie din insensibilitate, fie pentru că adoptă o atitudine dramatică, îi fac pe pacienţii lor să resimtă diagnosticul ca pe o condamnare la moarte. Atunci când imagini de acest fel sunt prezente, ele formează deseori prima ţintă a şedinţei EMDR. Boala constituie deseori un traumatism continuu, şi ne putem folosi de EMDR pentru a trata tulburările apărute după intervenţii medicale anterioare, sau pentru a pregăti intervenţiile ce vor urma. Din întâmplare, pentru mulţi bolnavi, interacţiunile cu familia sau prietenii sunt uneori dificile. Uneori, oamenii pe care ei contează cel mai mult pentru sprijin nu pot să facă faţă situaţiei, ceea ce agravează lucrurile pentru bolnav. Este important ca pacienţii canceroşi să înveţe să se plaseze printre primii în listele de priorităţi. Uneori e dificil, pentru că asta poate fi prima dată când ei încetează să mai aibă grijă de alţii.

[5] O. C. Simonton, J. Creighton, *Getting Well Again*, New York, Bantam, Books, 1982.

[6] Limfocitele T protejează organismul contra virusilor; numărul normal merge de la 800 la 1300. Simptomele SIDA nu apar în general înainte ca numărul de limfocite T să scadă sub 200.

12
Viitorul: obiectivele globale ale EMDR

«Nu putem rezolva problemele importante la nivelul gândirii sau al conceperii.»

Albert EINSTEIN

O femeie de vârstă medie s-a certat cu tatăl său, ea a aruncat toată viața ofertele de deschidere pe care el i le făcea. Ea îi explică terapeutului că nu a vrut să aibă nimic de-a face cu tatăl său pentru că el a abandonat-o când era mică. Dar, în cursul terapiei EMDR, ea își amintește circumstanțele exacte din ziua când el a părăsit casa. Ea și-a dat seama că mama sa a fost cea care l-a izgonit; nu el a fost cel ce a vrut să plece. Martori au confirmat istoria, și această femeie s-a împăcat cu bucurie cu tatăl său.

Câți oameni suferă atât pentru că sunt victime ale slăbirii memoriei ? Ce poate dovedi EMDR despre funcționarea memoriei, la nivel psihologic ?

Iată genul de întrebări care au apărut ca urmare a rapoartelor cu rezultatele rapide obținute în EMDR. Fiecare nouă aplicație a acestei metode aduce noi întrebări. Când am trecut în revistă ultimii zece ani de practică EMDR, întrebările esențiale ce mi se puneau mie erau următoarele: ce putem învăța de la EMDR, în plan fiziologic, psihologic și social ? Ce o să vedem apărând în termeni de investigație științifică și aplicații practice ? Până unde poate progresa o ființă umană odată ce fricile și barierele sale au fost eliminate ?

În fața cazurilor clinice care se revarsă din lumea întreagă, a devenit evident că există mult mai mulți numitori comuni decât diferențe între popoare și societăți. Faptul că EMDR dă rezultate predictibile și rapide când se folosesc protocoale și proceduri adaptate arată că, de la o cultură la alta, noi împărtășim reacții fiziologice care pot permite o înțelegere mai bună a psihologiei și potențialului ființelor umane.

Un obiectiv pasionant pentru viitorul studiilor va fi examinarea implicațiilor diferitelor protocoale EMDR explorate. Putem să învățăm multe despre modul în care creierul organizează memoria și experiențele pe care le trăim. Pentru a ilustra acest lucru, în timpul primelor mele optsprezece luni de lucru cu EMDR, am exersat în apropierea oamenilor care au fost traumatizați într-un moment anterior al vieții: uneori

în urmă cu un an, uneori cu zece ani înainte, uneori cu mai mult. Niciunul nu trăia urmările imediate ale unui traumatism. În sfârşit, am întâlnit victime ale cutremurului de pământ din Loma Prieta, aproape de San Francisco, la sfârşitul lui 1989. Cu mai puţin de o lună înainte casele lor s-au prăbuşit, copiii lor au fost răniţi, animalele de companie au dispărut. Pământul însuşi a vuit sub paşii lor, s-a ascuns, s-a fisurat şi s-a deschis. Nu era nimic mai înspăimântător decât că mulţi dintre ei aveau impresia că nu mai pot avea încredere în nimeni şi nimic. Când am început să lucrez cu aceste victime, utilizam aceeaşi procedură ca cea pentru clienţii precedenţi. Ceream persoanei să repereze momentul cel mai înspăimântător al cutremurului, de exemplu când şemineul se prăbuşea şi avea să se îngroape, şi să-l păstreze în minte în timp ce făceam mişcări oculare. Incidentul desensibilizat, îi ceream să se gândească la o a doua scenă bulversantă a cutremurului, de exemplu atunci când au trebuit să sară de la etajul al treilea al unui imobil în foc. Bazându-mă pe experienţa mea cu clienţii precedenţi (cei ce se vindecaseră de traumatisme prelungite în timp), eram aproape sigură că această a doua scenă, legată de prima, avea să fie şi ea desensibilizată. Mă înşelam. De data asta, nu era generalizarea de la o ramificaţie a amintirii traumatice la alta. Trebuia lucrat pe fiecare scenă separat. Această descoperire m-a făcut să mă gândesc că trebuia modificat protocolul EMDR atunci când tratăm victime ale traumatismelor recente, dar ea sugera de asemenea noi date despre funcţionarea creierului. De ce o scenă rememorată a unui traumatism recent nu se lega cu alte scene ale aceluiaşi eveniment ? Diferitele momente ale unui eveniment groaznic erau în primul rând într-un anumit mod stocate separat în creier ? Totul se petrecea ca şi cum trebuia un anumit interval de timp pentru ca diferitele incidente ale unui traumatism unic să se reunească complet în memorie şi să se integreze în întregime. Era curios de două ori, clienţii mei de la cutremur puteau să descrie cu uşurinţă secvenţa evenimentelor care s-au petrecut. Cu alte cuvinte, anumite conexiuni neurologice importante au fost făcute (în particular succesiunea temporală) şi altele nu.

Această discordanţă furnizează cercetătorilor din domeniul neurologiei memoriei un acces excepţional în cotloanele ascunse ale creierului. Putem avea o înţelegere mai bună a momentului exact unde unificarea memoriei are loc, determinând în ce moment nu mai e nevoie de procedura EMDR pentru traumatismele recente (e vorba de tratamentul fiecărei scene separat) astfel încât clientul să se vindece complet. Necesitatea de a urma protocoale diferite potrivit cu problema traumatismelor recente sau vechi a fost afirmată în EMDR peste tot în lume, că a fost vorba de un copil care se teme să iasă din casă după un incendiu de mărăcini în Australia sau de o femeie din Long Island care a dezvoltat o fobie de zbor cu avionul şi nu mai putea să meargă să-şi vadă familia pentru că era obsedată de imagini cu valuri roşii de sânge şi membre risipite după o catastrofă aeriană (zborul 800 de la TWA).

Un alt domeniu de cercetare posibil constă în modul în care asociaţiile de idei pe care le face o persoană cu o amintire particulară sunt diferite înainte şi după tratament. Aşa am lucrat cu o femeie al cărui tată murise de cancer într-o clinică. Cei doi ani care au urmat morţii sale, ea a trăit cu un «nor negru» deasupra ei, văzând fără încetare imaginea tatălui său mult iubit murind în suferinţă în mijlocul străinilor şi ea însăşi fără puterea de a-l ajuta. Tatăl şi fiica fuseseră apropiaţi, au avut multe momente bune împreună, dar, de fiecare dată când ea încerca să se gândească la el sau când ceva îi amintea de el, ea nu vedea decât imaginile «norului negru». Am început tratamentul

EMDR ţintind amintirea tatălui său în patul de la clinică. Când această scenă a fost elaborată cu procedura, i-am cerut să se gândească la tatăl său. Ceea ce i-a venit în minte, a fost perioada în care petrecea Crăciunul cu el şi în care ei erau fericiţi.

Am constatat acest tip de deplasare – de la o amintire rea obsedantă la chemarea fără efort a unei amintiri pozitive – la nenumăraţi clienţi în doliu. În alt caz, am lucrat cu o fetiţă de zece ani al cărui tată s-a sinucis. Singurul lucru pe care ea putea să şi-l amintească despre el, era imaginea lui din ultima zi (ceea ce era o fantasmă, căci ea nu a fost acolo în acea zi) şi cum erau ultimele luni înainte de moartea sa: el a rămas aşezat ore întregi învelit cu o rochie de casă zdrenţăroasă, cu mormane de cutii de bere goale în jurul lui. Când ea a ţintit aceste imagini şi le-a elaborat, i-am cerut să se gândească la un alt moment cu tatăl său, şi şi-a amintit că au făcut camping împreună. Această amintire nu i-a cauzat nicio tristeţe. Acelaşi lucru s-a produs când l-am tratat pe urmă pe fratele ei. De fiecare dată, disiparea unei amintiri rele recurente face loc pentru o amintire călduroasă. Observaţii clinice regulate constatau cum acestea au numeroase implicaţii pentru studiul neuropsihologiei memoriei.

Un alt câmp de cercetare viitor constă în modurile diferite în care sunt stocate amintirile evenimentelor şi senzaţiile fizice care le acompaniază. Se întâmplă să putem reuşi să tratăm durerile cronice şi senzaţiile permanente de stare de rău fizic în EMDR ţintind evenimentul tulburător de la origine. Aşa s-a-ntâmplat cu un terapeut rus care recent a relatat despre o terapie pe care a făcut-o într-un spital moscovit cu un bărbat de treizeci şi unu de ani care suferea de dureri de cap cronice şi de accese bruşte de depresie. El era disperat, somnul îi era constant tulburat de coşmaruri. Suferea de aceste simptome de când unitatea sa militară a fost trimisă la Cernobâl în 1986 pentru a încerca să reducă consecinţele catastrofei nucleare de la centrală. După demobilizarea sa, el s-a trezit într-o situaţie financiară deloc strălucită şi a început să prezinte diverse boli. Impresia sa că este lăsat la urmă era încă întărită când a înţeles că nu va primi din partea autorităţilor nici un ajutor, nici în plan psihologic, nici în plan fizic. Azi, la zece ani după, îi era frică să nu moară de radiaţii, ca mulţi dintre prietenii săi. El a fost sub antidepresive timp de zece ani.

În timpul EMDR, acest bărbat a ţintit o amintire tulburătoare reprezentativă a experienţei sale traumatizante de la Cernobâl. El a trebuit să părăsească adăpostul centralei pentru a îndeplini obligaţia sa, care consta în îndepărtarea stratului superficial de sol, cel mai radioactiv. Amintindu-şi acest moment, nu resimţea decât frica, acompaniind senzaţia particulelor radioactive pe punctul de a pătrunde în corpul său. Mai târziu, aceste emoţii intruzive reveneau de fiecare dată când el părăsea adăpostul pentru a merge într-unul din punctele de lucru. În cursul EMDR, el a elaborat sentimentele de neputinţă şi de disperare care îl marcau când se gândea la greutăţile prezente, în particular în legătură cu slăbiciunea sexuală şi emoţiile pe care le încerca gândindu-se la soţia sa. De-a lungul secvenţelor, el a ajuns la decizia de a face ceva pentru a ameliora situaţia, şi i-a venit ideea: «Poate că acele particule radioactive sunt numai în imaginaţia mea.» După şedinţa EMDR, el a relatat un sentiment de mare fericire şi nu a mai menţionat dureri de cap. A doua zi, a oprit tratamentul medicamentos şi a început să vorbească despre reluarea lucrului într-o formă colectivă cum lucrase altădată. Starea sa se ameliora încetul cu încetul şi a părăsit spitalul. După

alte studii despre EMDR ne putem permite să determinăm de ce anumite amintiri au astfel de efecte fizice negative.

Se întâmplă ca noi să nu ajungem să ştim care este evenimentul iniţial care a cauzat problema fizică a persoanei. Este ceea ce s-a întâmplat la Buenos Aires în cazul unei fetiţe de un an şi jumătate, care a fost dusă la un terapeut pentru că nu avea scaun, uneori timp de zece zile la rând. Această problemă era cauzată de o distensie (întindere sau umflare excesivă) a colonului care debutase cu şapte luni înainte şi se considera că acum o operaţie o putea corija. Situaţia cauza în egală măsură dificultăţi considerabile de creştere a copilului. Toate mijloacele încercate pentru a rezolva problema fetiţei au eşuat, părinţii au făcut programare la un psihiatru, Graciela Rodriguez, cu o săptămână înainte de operaţie. Graciela a ţintit durerea fizică pe care o resimţea în acel moment fetiţa folosind EMDR cu sunete alternative, pocnind degetele într-o parte şi alta a capului copilului, vorbindu-i în acelaşi timp. În timpul şedinţei, micuţa a cerut să meargă la toaletă. Medicul o însoţea, folosind fără încetare sunete alternate pentru a disipa fricile copilului şi a retrage emoţiile, în timp ce copilul făcea efort răsplătit de succes pentru defecare. A doua zi, părinţii au telefonat ca să anunţe că fetiţa se simţea bine. Operaţia a fost anulată, şi copilul nu a mai avut această problemă după aceea. În faţa acestui caz, ne întrebăm câte alte probleme medicale puteau fi tratate prin intervenţii psihologice ca cea a EMDR.

Apropo de asta, iată un caz important, al unei tinere de treisprezece ani, numită Tina, care a fost încredinţată asociaţiei Forjar din Bogota, în Columbia, asociaţie care ajută copiii abandonaţi care au SIDA sau cancer. I se amputase un picior; terapeutul EMDR Linda Vanderlaan a fost sunată pentru că Tina suferea mult de dureri la membrul fantomă – tulburare în care pacientul are impresia că simte încă membrul său atunci când acesta a fost amputat chirurgical, şi se găsea într-un disconfort extrem. Linda şi Tina au ţintit senzaţia de durere; rapid, aceasta s-a domolit şi fetiţa s-a scufundat în somn. A doua zi, ele au reluat EMDR, şi jena de la piciorul fantomă a trecut prin cicluri de durere, apoi furnicături electrice înainte să dispară. Tina trecea prin senzaţii de traumatism şi de pierdere, în primul rând pentru piciorul pe care ea îl «abandonase», apoi pentru mama sa, care a trebuit să plece pentru mai puţin de o lună. Din nefericire, ca mulţi copii din Forjar care au învăţat pe pielea lor, au aflat că părinţii nu mai revin, şi trebuia tratată şi această frică.

În timpul travaliului EMDR, Tina a elaborat şocul pe care-l suferise («Nu pot să cred că nu mai am piciorul») şi tristeţea sa de a nu mai putea să meargă să se joace cu ceilalţi. După alte secvenţe, ea îi spuse Lindei: «Vreau să merg din nou». Când Linda a întrebat-o cu ezitare: «Cum o să faci ?» ea a fost recompensată cu explicaţia simplă a Tinei: «o să merg din nou cu o proteză, bineînţeles.» Tina a început să se amestece printre ceilalţi copii şi înainte de sfârşitul săptămânii, foarte fericită, ne făcea să-i admirăm noii săi cercei. În timpul unei vizite de control, nouă luni mai târziu, durerea nu revenise şi ea se pregătea să poarte noua ei proteză.

Acest caz a arătat că fetiţa şi-a regăsit stima de sine şi a obţinut o alinare a durerii fizice, şi de asemenea a deschis întrebări pentru recursul său la EMDR pentru a trata durerea amputării. E posibil ca o amintire somatică, să fie stocată din cauza traumatismului operaţiei ? După cunoştinţa mea, EMDR nu a încercat decât o dată înainte pentru durerile membrului fantomă, în tratamentul medical pentru durerile

amputaților; poate că alte studii despre EMDR vor clarifica acest subiect, în același timp în care vor aduce o alinare binevenită persoanelor care suferă.

De multe ori, o durere fizică în prezent este cauzată de amintirea ignorată a unui eveniment trecut. O englezoaică de treizeci de ani avea niște dureri gastrice care amenințau sănătatea sa, din cauza unui supraconsum prelungit de antiacid, destinat să prevină greața. Ea avea o dependență de acest tratament, pentru că simpla idee de a avea grețuri o îngrozea. Concentrându-ne pe istoria consumării acestui medicament, ne-am dat seama că de asemenea suferea de simptome de sindrom de stres post-traumatic cauzate de abuzuri sexuale. Terapeutul său a decis să înceapă prin a încerca să aline stresul pe care i-l aducea luarea antiacidelor. În cursul desensibilizării în EMDR, această femeie și-a amintit un incident pe care îl trăise la școală: vecina ei a vomitat și i-a stropit părul. Ea și-a amintit că s-a repezit afară din sala de clasă urlând. După elaborarea acestei amintiri, nevoia de a lua antiacide a dispărut; nu-i mai era teamă că o să-i fie greață. Remarcăm în acest caz: cauza centrală a durerii fizice a clientei era un traumatism cu «t mic». Îndată ce desensibilizarea a dezamorsat în mod egal reacția la abuzurile sexuale, pe care le numește acum «trecute», abuzurile nu erau cauza esențială a problemei. Este vital a rămâne deschis la ideea că tulburările și comportamentele autodistructive nu sunt cauzate mereu de evenimente grave și devastatoare ca un fier roșu în memorie. Evenimentele pot totuși să fie desensibilizate avantajos.

Este evident că interconexiunile amintirilor sunt susceptibile de a agrava unele dintre fricile noastre cele mai curente sau de a avea o influență negativă asupra comportamentului nostru actual. Ad de Jongh, care era totodată terapeut EMDR și chirurg-dentist, povestește istoria lui Claire, o olandeză de patruzeci de ani ce suferea de fobia tratamentului dentar. Atunci când Claire avea opt ani, a fost trimisă singură la dentist, unde, se înțelege, s-a simțit abandonată și anxioasă. Când dentistul a făcut freza să se învârtă, în dinții lui Claire, aceasta, îngrozită, a început să plângă. Când a încercat să se ridice, dentistul, impacientat, i-a prins mâinile de brațul fotoliului. El a pornit din nou freza, și Claire a avut o criză de angoasă.

Când a lăsat-o pe Claire să plece, ea a fugit acasă plângând. Din nefericire, mama a certat-o spunând că era copilăroasă. De atunci, timp de decenii, Claire a evitat dentiștii, dar fricile sale s-au agravat. După nașterea primului său copil, ea a început să aibă crize de angoasă care, puțin câte puțin au devenit mai grave și mai frecvente. A început să evite situațiile în care era multă lume, cum ar fi marile magazine și spațiile închise, ca autobuzele și ascensoarele. Un an de terapie comportamentală nu i-a adus nicio alinare a acestor simptome, și ea încetă să o mai recunoască. Trei ani mai târziu, după ce a văzut o emisiune despre angoasa legată de tratamentul dentar, Claire a cerut să fie ajutată într-o clinică specializată în aceste angoase. Cum ea evitase să meargă la dentist timp de treizeci de ani, sănătatea sa dentară era grav deteriorată: nu-i mai rămăseseră decât cinci dinți.

Când Ad și Claire au început să utilizeze EMDR pentru a trata amintirea traumatică, Claire a descoperit că partea cea mai tulburătoare a incidentului nu a fost ce se întâmplase în cabinetul dentistului, ci mai curând confruntarea cu mama sa, care-i cerea să înceteze să se mai poarte ca un copil. Simplul gând la această scenă trezea în ea nivelul cel mai ridicat posibil de angoasă, pe scala SUD, un 10. Pe scala VOC, ea nu

acorda decât nota 2 credinţei pozitive pe care şi-ar fi dorit-o: «Sunt capabilă să mă controlez.» În timpul EMDR, Claire a conştientizat fragilitatea mamei sale şi frica acesteia de dentist, apoi se gândi cât de frumoşi au fost proprii săi dinţi, când era copil. La sfârşitul şedinţei impresia stăpânirii de sine crescuse, după şedinţa EMDR, se simţea destul de puternică pentru a merge la cumpărături, pentru prima dată după ani de zile. Chiar dacă ţelul său principal era încetarea fobiei dentare, crizele de angoasă şi agorafobia au dispărut şi ele. În timpul unei şedinţe suplimentare, ei au ţintit criza de angoasă pe care a avut-o după naşterea primului copil. La sfârşitul şedinţei, se simţea liniştită interior. Doi ani mai târziu, o vizită de control arăta că Claire nu a mai avut niciodată crize de angoasă. Când a terminat tratamentul dentar, ea arbora o proteză frumoasă şi îşi găsise un serviciu ca vânzătoare într-un supermarchet, unul dintre locurile care o îngrozeau altădată.

Este interesant de remarcat că ţinta aleasă de Claire pentru tratamentul EMDR era reacţia mamei sale şi nu actele dentistului. Există o perioadă critică după un eveniment traumatic în cursul căreia sprijinul şi prezenţa unei persoane iubite pot ajuta la alinarea suferinţei, dar în timpul căreia reacţia contrară poate provoca o patologie încă şi mai gravă ? În plus, fricile de pierdere a controlului, pe care Claire la asocia cu mama sa, erau ele atât de extreme încât naşterea propriului său copil putea să declanşeze o criză de angoasă similară, pentru că Claire ea însăşi era de acum înainte inextricabil legată de un rol de mamă ? Fobiile şi tulburările de panică sunt provocate de interconexiuni complexe ale memoriei ? Câte tulburări, identificate în curele psihanalitice ca cele fondate pe identificări complexe de roluri, pot fi tratate în mod ţintit prin EMDR ?

Pentru traumatisme ca durerea fizică şi boala, absenţa sprijinului familial, poate fi încă şi mai devastatoare. Sara, o altă fetiţă columbiană, avea unsprezece ani când a fost diagnosticată cu cancer. Ea primise îngrijiri pentru o tumoare la obraz de mărimea unui grepfrut mare. Când am întâlnit-o, am avut impresia că văd masca unui mort; tenul gri, ochii stinşi, avea un semn negru pe obraz acolo unde terapia i-a distrus tumoarea. Ea locuia la cincizeci de kilometri de Bogotá, şi bunica, şeful familiei, a decretat că Sara nu mai putea locui în casă din cauza riscului «contagiunii». Nu este o reacţie rară în regiunile rurale. Ignoranţa legată de procesul bolii generează frica şi copiii bolnavi sunt adesea abandonaţi. Sara trebuia să rămână la Bogotá pentru a termina chimioterapia, şi nu se ştia dacă bunica o va lăsa să revină acasă.

Dr. Pablo Solvey, care a făcut o călătorie de la Buenos Aires pentru a mă ajuta să predau EMDR în Columbia, lucra cu Sara timp de douăzeci de minute utilizând bătăi alternative pe mâini. Totodată, el îi ceru Sarei să-şi amintească momente fericite, pentru a-i da un «loc sigur». Apoi el o făcu să povestească istoria ei continuând bătăile. I-a cerut să-şi amintească cel mai rău moment din încercarea sa – atunci când a abandonat-o mama ei -, şi s-a concentrat pe tratamentul complet al acestei chestiuni: Sara a zâmbit, la început, zicând că poate mama sa va reveni într-o zi. El a făcut-o să se concentreze pe momentele pozitive pe care le cunoscuse în viaţă, continuând tratamentul. Când am revăzut-o pe Sara a doua zi, nu puteam să-mi cred ochilor: în locul copilului liniştit, repliat în el însuşi, pe care îl văzusem în ajun, aveam sub ochi o fetiţă zâmbitoare şi volubilă. Ea şi-a trecut braţul în jurul umerilor mei când m-am aşezat lângă ea. O lună mai târziu, i-am auzit pe membrii echipei din Forjar, siderati, ce nu puteau să creadă că Sara se schimbase atât. Ea părea să fi depăşit sentimentul de

abandon, şi astăzi e mult mai extravertită, şi deloc deprimată şi repliată în ea însăşi ca înainte.

Povestiri ce provin din toate ţările arată o legătură evidentă între traumatismele netratate şi impresia de solitudine. Uneori, depresia şi izolarea sunt astfel încât persoana în suferinţă nu mai vrea decât să se sinucidă pentru a scăpa. Din fericire, EMDR oferă deseori o posibilitate de ajutor chiar şi persoanelor afectate cel mai mult mintal. Am primit rapoarte de tratament reuşit ale unui anumit număr de instituţii de îngrijire din Statele Unite şi Canada. Exemplul lui Cynthia, povestit de Lew Hamburger, medicul director al instituţiei în care ea a fost îngrijită, este reprezentativ: această fată de şaisprezece ani, a fost maltratată sexual şi avea multiple tentative de sinucidere, cu lame de ras, cuţite, medicamente, alcool şi pistol. În plus, Cynthia avea pulsiuni de moarte: «Eu care nu făceam rău unei muşte, explică ea, aveam brusc nevoia să fac pe cineva să sară în aer, pur şi simplu pentru că mergea pe stradă.»

Abuzurile sexuale pe care le pătise Cynthia o făceau să se gândească că «nişte bărbaţi mă duceau undeva să-mi facă rău». Ea detesta în egală măsură toate femeile şi ar fi vrut să le facă rău, pentru că, explica ea, «ele m-au trădat. Ele nu au fost acolo când am fost violată. Le detestam pentru că aveam impresia că marea lor grijă era să ştie ce haine vor purta şi la ce oră vor face cumpărături». Simţindu-se izolată de ceilalţi, convinsă că nimeni nu putea să o ajute, Cynthia cădea foarte des într-o «spirală depresivă» în care nu se mai sinchisea să mănânce, să doarmă, nici să trăiască. «Din ce eram deprimată, din ce îmi era mai greu să ies», spunea ea.

Când anii de terapie convenţională şi spitalizare nu reuşiseră să uşureze depresia şi tendinţele suicidare, numai două luni de EMDR au permis Cynthiei să elaboreze cele mai marcante amintiri traumatice şi a dus la o transformare rapidă a stării sale. Ea a lucrat opt amintiri, în special ziua când a fost închisă în cameră şi agresată sexual de un văr; momentul în care ea a trezit-o pe mama ei după divorţul părinţilor şi a văzut cât a suferit mama; şi violul său comis de micul său prieten. După EMDR, terapeutul Cynthiei îmi spuse: «Este o diferenţă stupefiantă între fata de şaisprezece ani, atrăgătoare, dinamică şi care a venit cu un zâmbet strălucitor în biroul meu în 17 ianuarie şi «epava» neglijentă care a intrat aici târându-şi picioarele în 24 noiembrie.» Cynthia a inversat efectele anilor de abuz, de traumatisme, de depresii şi angoase, care au dat locul, puţin înainte, la trei spitalizări pentru tentative de suicid. Totodată, ea părea înspăimântată, disperată, convinsă că nimic nu putea s-o ajute (înţelegând aici tratamentul psihiatric pe care-l lua). Psihiatrul care a trimis-o pe Cynthia la terapeutul EMDR povesteşte că a făcut-o pentru că «nimic altceva nu mergea. Puteam foarte bine să încercăm praful de perlimpinpin (praf cu puteri „magice"). El povesteşte că la începutul celei de a şasea şedinţe «a intrat cu pas hotărât la mine în birou, m-a anunţat că se simte bine merci, şi că începea o viaţă nouă. Şi-a reluat şcoala, a legat prietenii cu băieţi şi fete şi [...] arăta schimbări în comportament şi gândire care s-au dovedit durabile şi încă se mai ameliorează în continuare.»

Chiar la copii, izolarea şi depresia pot genera comportamente de mare risc şi violenţă. Anul trecut, la San Francisco, un copil de şase ani a fost arestat pentru că a încercat să omoare un bebeluş de o lună. Acest băieţel, care locuia într-o zonă defavorizată şi trăia într-un mediu dificil, a declarat că «era obligat să omoare acest

bebeluş», pentru că familia bebeluşului l-a privit «chiorâş». În Anglia, un micuţ a fost ucis cu pietre de doi băieţi de zece ani. La Chicago, un băiat de cinci ani a fost omorât de doi băieţi, unul de zece şi altul de unsprezece ani, care l-au aruncat pe fereastra unui bloc turn. Condiţiile economice şi sociale care duc la comportamente criminale şi la disperare trebuie luate în considerare, dar în ce proporţie această durere poate fi tratată prin intervenţii psihologice înainte ca violenţa să izbucnească agravând problemele şi ruinând poate toate şansele unei vieţi normale ? Terapiile EMDR în centrele penitenciare pentru adolescenţi par să prevină riscurile căderii în prostituţie, adicţii, agresiuni, depresie ce caracterizează această populaţie. Poate că acelaşi lucru ar fi adevărat dacă am trata copii foarte tineri care se află în risc ridicat. Poate putem utiliza EMDR în programele preventive, în zonele unde trăieşte populaţie cu risc mare de violenţă ?[1]

Toate actele de violenţă afectează viaţa a numeroase persoane într-un mod de neuitat. Reformele sociale şi legislative sunt importante, dar trebuie abordată chestiunea în toate manierele posibile. Uneori instrucţiunile de care depindem ne pot decepţiona şi cauza încă multe traumatisme. Istoria lui Ricardo Wiggs este un excelent astfel de exemplu. Căsătorit şi fericit de cinci ani, într-o zi un dezechilibrat a tras asupra lui Ricardo şi soţiei sale. Sharon a murit; Ricardo nu a reuşit să o salveze. Încrezător în justiţie, Ricardo a dat la poliţie declaraţia de martor ocular. Chiar în ziua când îi promitea fiicei sale că tot «o să-l pedepsească pe răul care a omorât-o pe mama», juriul a declarat acuzatul nevinovat. Ricardo îşi aminteşte: «în acel moment, a fost ca şi cum cele douăsprezece persoane au tras piedica şi au tras din nou asupra noastră, a mea şi a lui Sharon. Acest verdict nu însemna nimic. Unul dintre juraţi a declarat că, deoarece în noaptea în care s-a întâmplat ploua, poate că eu nu am văzut clar cine a tras. Eu am spus la tribunal că s-a tras asupra mea în interiorul casei mele, nu afară, şi că vremea nu avea nimic de-a face cu ce era înăuntru ... Poate că trebuia să arăt juriului gaura mare cât o portocală pe care o aveam în braţul stâng, pentru a-i convinge că s-a tras asupra mea. Eu nu înţeleg ... Ce dovadă mai convingătoare decât mărturia de la faţa locului le trebuia pentru a condamna pe cineva ?»

Scenele evenimentului reveneau în mintea lui Ricardo, zi după zi. Furia, tristeţea, sentimentul că a fost trădat, disperarea, l-au adus la începerea unei psihoterapii. Nemaiaşteptând nimic de la nimeni, el nu-şi mai regla decât facturile esenţiale pentru supravieţuirea familiei. Era tentat să canalizeze suferinţa făcând conferinţe în ateliere pentru poliţişti în formare şi luând cuvântul pentru susţinerea drepturilor victimelor. Nu era suficient. Cum îşi spunea lui însuşi: «Chiar dacă aceste activităţi erau de o imensă importanţă pentru mine, nu avansam. Un cântec, un film, o informaţie la TV, un coleg, nu contează ne trimite din nou în trecut fără a zice nici pâs. Şi trăim din nou ceea ce s-a întâmplat.»

La patru ani după agresiune, Ricardo a început lucrul cu terapeutul Nancy Davis, care l-a diagnosticat cu sindrom de stres post-traumatic. Tratamentul EMDR l-a eliberat: «Am reînceput să sper în viitor. Pot să spun, fără umbră de îndoială, că acum sunt eliberat din închisoarea traumatismului. Nu mai revăd fiecare detaliu îndată ce deschid ochii dimineaţa. Eu sunt cel ce alege amintirile mele, dacă vreau. Nu mă mai ascund sub o mască de Jekyll şi Hyde. Nu mai reacţionez fizic la flash-back. Nu mă mai agăţ de propriul braţ, chiar dacă mă doare capul, ca înainte. Nu mai am impresia, văzând braţul meu, că este semnul umilinţei mele de a nu fi putut s-o salvez pe Sharon:

Am făcut absolut tot ce puteam să fac în acea seară, şi chiar nu ştiu dacă acum aş putea face la fel de mult. Tot ce ştiu, este că eu trăiesc şi că pot să ajut alţi oameni.» Şi spuse că e gata să înceapă o viaţă nouă, «eliberat de tristeţe şi de durere».

Acest tip de travaliu cu EMDR pune multe întrebări. Înainte de toate, este posibil să se dezvolte programe EMDR pentru a ajuta victimele agresiunilor violente să recucerească viaţa mai rapid ? Unii au emis ideea că a se debarasa de durere ar fi contraproductiv sau etic îndoielnic. Ei se tem că aceasta toceşte impresia de transgresiune trăită de victimă şi că ea nu mai e responsabilă, social vorbind; aceasta le trezeşte reacţia înnăscută de «luptă sau fugi» care ar putea s-o protejeze în caz de viitor pericol de agresiune, sau foarte bine să-i dea o indulgenţă excesivă pentru agresorul său. Travaliul clinic în EMDR a arătat că aceste spaime nu sunt fondate. Artiştii care au utilizat EMDR pentru a trata un doliu traumatic povestesc că se simt mai creativi, pentru că sunt mai disponibili pentru a experimenta noutăţile. Ei au început să utilizeze deseori alte culori, dar nu s-au oprit din pictat. Veteranii spun că au mereu punch în caz că le trebuie. Cât despre Ricardo, faptul de a nu mai duce durerea nu i-a eliminat dorinţa de a se face avocat al drepturilor victimelor; asta i-a permis, din contră, să o facă mult mai eficient.

Victimele din lumea întreagă, pot să înţeleagă că e bine să se treacă de la starea de victimă a celui ce a scăpat teafăr, la cea de a fi din nou fericit ? A aduce omagii morţilor noştri, pierderilor pe care le-am suferit şi a ceea ce am păţit, este o consecinţă logică a evenimentelor pe care nu le vom uita niciodată, chiar dacă acceptăm ajutor pentru a pune trecutul la locul potrivit. Vindecarea nu elimină responsabilitatea schimbării. Ricardo o exprimă astfel: «A fost un Ricardo Wiggs înainte de toate astea, şi văd cât se poate de clar că sunt din nou acolo, şi că sunt bine. Eu văd lucrurile aşa: am avut o foaie de drum deloc uşoară, dar continuu să-mi îndeplinesc misiunea.»

În acelaşi mod, Linda Crampton, care a suferit în cursul atentatului din Oklahoma City, a ajutat la prezentarea unui proiect de lege antiteroristă. Dawn Baumgartner, sergentul din aviaţia militară violată în Panama , lucrează acum la susţinerea victimelor violului şi formează oficialii să reacţioneze într-o manieră adaptată faţă de femeile din contingent când ele au fost agresate sexual. Conductorul de tren Jim Duque îi sprijină pe ceilalţi feroviari implicaţi în accidente mortale. Don Heggie, un pilot australian de bombardier care a fost doborât în timpul celui de-Al Doilea Război Mondial, a chemat sute de veterani să recucerească propria lor viaţă după ce el însuşi a fost tratat cu EMDR. Putem învăţa din propria durere, putem avea nevoie să-i ajutăm pe alţii fără a fi noi înşine blocaţi în suferinţă.

Cazul unei fetiţe de nouă ani pune întrebări cumplite: acest copil a fost înjunghiat în treizeci de reprize şi lăsat să moară, probabil de către un vecin cunoscut drept delincvent sexual. Într-un interviu, în jurnale, medicul care a tratat-o spunea: «În ceea ce priveşte vindecarea ei fizică, ea va fi pe picioare într-o lună sau două. În plan psihologic, eu nu pot să spun nimic.» Aceasta e o reacţie naturală, fiind dată istoria tratamentelor psihologice până acum. Dar trebuie continuată separarea consecinţelor fizice de cele psihologice ale traumatismelor ? EMDR nu demonstrează că mintea se poate vindeca în pas cu restul corpului ? Poate că este posibil să se introducă intervenţii psihoterapeutice fine în urmările post-traumatice pentru a evita dificultăţile pe termen lung.

Cazul următor, care s-a produs la New York, arată acest lucru. O fetiță a fost adusă la terapie pentru probleme de comportament. Terapeutul a explorat situația familială şi a descoperit că tatăl era un bărbat care muncea puternic pentru a îndeplini două obiective, să fie mereu iritat şi să se înfurie contra familiei. Având un pic de deschidere față de psihologie, tatăl a fost de acord să facă o şedință EMDR pentru furia sa. În cursul mişcărilor oculare, el şi-a amintit propria sa copilărie şi şi-a dat seama că rejuca modul în care tatăl său se comportase. Săptămâna următoare, el spuse: «Împotriva copiilor mei, eu nu resimțeam decât furie sau dacă nu, eram blocat. Acum, eu îi iubesc cu adevărat.» Câte familii ar putea fi ajutate prin intervenții de acest ordin ?

Unii pretind că atunci când o familie trăieşte într-un anumit mod de generații, nimic nu poate altera modelul pe care-l urmează. Grație EMDR, avem ocazia de a verifica dacă este posibilă o schimbare. Terapeuții din Orientul Mijlociu au povestit cazul unei femei franco-egiptene de şaptezeci de ani care a fost depresivă aproape toată viața ei. Ea a cerut ajutor unui terapeut, care folosea EMDR pentru a o ajuta să trateze din nou un eveniment care se produsese când avea trei ani. Ea îşi amintea că mama ei l-a pus pe fratele mai mic în fața ei, apoi, trecând în spatele lui ca un antrenor, i-a spus: «Uite, nu e decât o fată, loveşte-o.»

«Când am auzit aşa ceva, spuse femeia, universul meu s-a surpat; totul s-a prăbuşit ... Bulversant.» Ea a devenit conştientă, în timpul şedinței EMDR, că drept urmare a acestui eveniment ea a fost «mereu supusă». După ce a tratat atât tristețea cât şi furia sa, a declarat: «Nu am avut niciodată dorința să fiu băiat. Am fost mândră să fiu femeie.» Depresia ei a dispărut, şi a putut să se oprească să mai ia medicamente. Ea spunea: «Când am început, aveam mai puțin de treizeci şi şase de ani. Acum, fac față.»

Şi aici, acest caz arată cum evenimentele care au avut loc cu mai mult de şaizeci de ani înainte pot zdrobi viața cuiva. El arată şi că aceste evenimente pot fi rezolvate complet. Din întâmplare, ce ne spun efectele a ceea ce numim atât de mult o normă culturală ? În numeroase țări, femeile sunt considerate cetățeni din zona secundă (de mâna a doua): aceasta semnifică, numai pentru atât, că această credință cultural admisă de secole nu este potențial traumatizantă ? EMDR poate ajuta să se degajeze de aculturația negativă ea însăşi ?

Anumite persoane au impresia că nu merită să fie ajutate: aceasta este una dintre dificultăți. Ele se cred obligate să se deprecieze pentru că nu au reuşit să răspundă celor mai ridicate aşteptări pe care şi le-au fixat. De multe ori suntem sleiți de puteri din cauza vinovăției în fața evenimentelor pentru care totuşi nu putem face nimic. Jacob, un veteran israelian, s-a trezit într-o zi proiectat afară din maşina sa de explozia unei bombe dintr-un autobuz, la Ierusalim. Căpătându-şi cunoştința, văzu ceea ce părea un soldat întins cu ochii închişi, în ruinele autobuzului. Disperat, a încercat să ajungă la soldat să-l ajute. A urlat la el să se mişte. Şi, cu toate forțele, se târî spre el, dar acesta îşi pierdu cunoştința. S-a trezit a doua oară şi a văzut în jurul lui ruine umane calcinate, şi-a pierdut din nou cunoştința şi şi-a recăpătat-o la spital. Abia mai târziu a înțeles că a avut loc o a doua explozie în timp ce era inconştient.

Jacob a fost mereu combativ, un bărbat plin de energie. A făcut războiul, a văzut oameni murind în jurul lui, dar aici nu era acelaşi lucru. Aparent, nu avea nicio rană, dar, după acest eveniment, a suferit de dureri de cap intense şi cronice. Nu dormea noaptea din cauza coşmarurilor recurente în care vedea soldatul. Atunci deschidea televizorul şi radioul, cu riscul de a trezi familia, pentru a îndepărta această imagine din

cap. Avea accese incontrolabile de furie, zgomotele puternice îl făceau să tresară. Acest bărbat, care a trecut prin mai multe războaie fără să cunoască frica, se temea în prezent să se apropie de un autobuz. În fiecare zi, avea flash-back-uri asemănătoare coşmarurilor şi nu reuşea să se debaraseze de această imagine. Nu înţelegea propriile sale reacţii, pierdea încrederea în sine, nu se mai putea concentra şi risca să-şi piardă locul de muncă.

Disperat în faţa dezastrului financiar care se anunţa, Jacob a cerut ajutor; s-a adresat lui Gary Quinn, unul dintre puţinii terapeuţi care practicau EMDR în Israel în acea vreme. În cursul şedinţei EMDR, el a ţintit imaginea soldatului şi cogniţia negativă «sunt neputincios şi slab». Furia şi frica lui Jacob erau la 9 din 10 pe scala SUD. La sfârşitul şedinţei, SUD era la 0 sau 1, şi validitatea opiniei pe care şi-ar fi dorit să o aibă, «Am făcut ce era mai bine, date fiind circumstanţele», trecuse de la 3 la 7, vârful scalei. Durerea de cap continuă care se instalase în momentul atentatului dispăruse, şi era din nou capabil să se concentreze. După el: «la sosire, eram un om slab, şi, la plecare, eram din nou eu însumi.» Vedem aici din nou cum judecata raţională a acestei persoane, care lui îi spunea că nu putea să aibă nicio influenţă asupra situaţiei, nu era accesibilă cât timp evenimentul nu era suficient elaborat. Erau nenumărate moduri de a se simţi blocat la un nivel indus de responsabilitate şi de culpabilitate. Trebuie ca un incident să fie dramatic şi spectaculos pentru ca noi să mergem să cerem ajutor pentru a activa propriul nostru sistem de tratament al informaţiei şi pentru a putea depăşi sentimentele noastre de ruşine şi neputinţă ?

Din nefericire, unii îşi imaginează că dacă «raţionăm» puţin mai mult cu sine, dacă avem destulă credinţă, problema se va regla. În realitate, incapacitatea de a vindeca propria sa suferinţă nu are nimic de-a face cu inteligenţa, forţa caracterului, curajul sau calităţile spirituale ale persoanei. Prizele de conştiinţă nu sunt cauza schimbării, dar sunt o manifestare a schimbării. Vedem în EMDR că emoţiile neelaborate sunt în centrul dificultăţilor. Putem avea prize de conştiinţă intelectuale care nu vor avea nici un efect asupra emoţiilor sau comportamentelor negative care sunt determinate de procese fiziologice. Vom vedea oameni cu o mare calitate umană, foarte inteligenţi, care mănâncă prea mult, beau mult, lucrează mult sau îi rănesc pe ceilalţi, din cauza durerii care este în ei. A cunoaşte motivul tulburărilor nu e suficient pentru a le vindeca.

Una dintre întrebările deschise de EMDR se referă la influenţa pe care o poate avea rezolvarea traumatismelor personale asupra cauzelor războaielor. Pe lângă cauzele politice, financiare, sociale, se vede ura şi furia născută atunci când agresiunile precedente fac să se aprindă dorinţa de răzbunare. Ororile unui război seamănă germenii următorului ? Când Programul de Asistenţă Umanitară EMDR (HAP) a trimis terapeuţi americani în Balcani pentru a forma profesionişti ai sănătăţii mintale locali în EMDR, o psihiatră croată le-a spus să aibă în vedere formarea de echipe şi în Serbia. «Atât timp cât durerea va continua, vor exista morţi», spunea ea.

«Durerea», efectiv avea numeroase efecte devastatoare. Cele mai mediatizate povestiri de război arătau carnagii masive, plecarea refugiaţilor şi ororile violului autorizat şi «purificarea etnică». Dar suferinţele cotidiene ale populaţiei civile plăteau ele însele teribilul lor tribut. La sosirea lor, terapeuţii EMDR au observat că unii

locuitori ai imobilelor din Sarajevo au organizat schimburi de pază la intrarea în clădiri, noaptea, pentru a-i împiedica pe *snipers* (lunetişti, ţintaşi de elită) să se furişeze ca să tragă de pe acoperişurile lor. Chirurgii lucrau în sălile de operaţie fără lumină şi fără căldură, pentru că singura alternativă era să lase pacienţii să moară. Îţi riscai viaţa conducând prin Sarajevo în timpul războiului; din cauza penelor de curent nu erau lumini pentru circulaţie ca să calmeze şoferii furioşi care zigzagau accelerând temeinic pentru a evita tirurile *snipers*-ilor. Accidentele de circulaţie erau atât de curente încât meritau un 3 din 10 pe scala SUD.

Bărbaţii, femeile şi copiii vedeau murind membrii familiei lor şi moartea era un tovarăş de fiecare zi. Pentru a spune mai simplu lucrurile, aproape toată lumea pierduse un apropiat, şi deseori în circumstanţe teribile. La Sarajevo, unele familii s-au destrămat în momentul în care oamenii au fost forţaţi să se declare fie sârbi (ortodocşi), fie croaţi (catolici), fie bosniaci (musulmani); erau acolo unele distincţii pe care puţini dintre ei le-au declarat, ei se gândiseră foarte rar la ele înainte de război. Căsătorii mixte s-au desfăcut, ca şi familiile lor. Multe prietenii au luat sfârşit, de asemenea, când pur şi simplu se trăgea deasupra persoanelor care se cunoşteau de ani de zile: vecini, membri ai familiei sau colegi de muncă ce au ales cealaltă tabără.

În timpul formării cu clinicieni bosniaci şi al conversaţiilor cu alte persoane din Sarajevo, terapeuţii EMDR şi-au dat seama că ceea ce afecta cel mai grav oamenii, nu era pericolul constant ce provenea din faptele racheţilor şi tirurile *snipers-ilor*, ci pericolul ce-i urmărea pe copiii lor. Mulţi se întrebau cu angoasă dacă trebuie sau nu să-şi trimită fiii sau fiicele departe, să-i facă să părăsească oraşul asediat, sau dacă copiii erau mai în siguranţă sub privirile vigilente ale părinţilor. Un bărbat era neliniştit: va putea să reconstruiască relaţia sa cu fiul adolescent ? «Am pierdut deja trei ani. El s-a schimbat în timp ce a fost plecat. A devenit bărbat, şi eu am ratat un timp preţios de petrecut în preajma lui pe care nu-l voi mai regăsi niciodată.» Îşi amintea şi riscurile posibile la părăsirea oraşului. «Eram foarte ocupat să fac bagajele, să organizez totul şi să dau toate dispoziţiile. Am coborât din maşină, şi, chiar înainte de a porni, a fost un moment în care ne-am dat seama că poate n-o să ne mai revedem niciodată. Ne-am dat seama amândoi în acelaşi timp şi ne-am pus mâinile una peste alta peste geamul maşinii.»

Copiii din Sarajevo în război erau tulburaţi, şi ei. Este cazul unui copil a cărui frică creştea pe durata absenţelor mamei sale care era la serviciu. El era îngrozit la ideea de a i se spune: ea a riscat să se întoarcă mai devreme, şi a fost omorâtă pe stradă, ar fi fost vina lui.

În şedinţele EMDR ţinute de terapeuţi americani cu colegii lor bosniaci, au apărut două teme: neputinţa supravieţuitorilor şi vinovăţia lor. Trăind de patruzeci şi opt de luni într-un oraş bombardat peste tot, ciuruit de gloanţele armelor uşoare, absolut nimeni nu se simţea capabil să se protejeze. A ieşi din casă era periculos; să nu ieşi era la fel. Cei ce au supravieţuit acestor pericole se simţeau adesea profund ruşinaţi de a fi complet sănătoşi: «La mine, nu e atât de grav; cunosc o familie în care nu mai există nimeni.»

Dezvoltarea EMDR pe plan mondial mi-a arătat că suferinţa nu e unilaterală. Dimitri, un soldat de treizeci şi trei de ani care a fost forţat să servească în conflictul din Balcani, s-a dus să caute un terapeut EMDR la Moscova, pentru a obţine ajutor, când a citit în ziare că unul dintre foştii săi camarazi a omorât membrii propriei familii înainte

de a întoarce arma contra lui însuşi ca să se sinucidă. Măcelul nu avea aparent nicio raţiune.

Prietena lui Dimitri a explicat terapeutului, Pavel Luşin că, atunci când tânărul s-a întors din război, era atât de schimbat că aproape toţi oamenii care îl cunoşteau bine altădată nu l-au mai recunoscut. Era plin de furie şi de resentimente cu privire la guvernul şi autorităţile locale, care pretindeau că toţi soldaţii care au luat parte la conflict au făcut-o voluntar. Avea accese de furie incontrolabile contra celor ce-l iritau, provocându-i des sub nu contează ce pretext pe cei ce îl contraziceau într-un mod sau altul. Vechii lui prieteni îl evitau.

Dimitri nu a început să conştientizeze că era periculos pentru ceilalţi decât când a citit ce i s-a întâmplat prietenului său. Din acel moment, a început să se trezească în plină noapte, transpirat, îngrozit. A povestit un vis recurent în care era zdrobit de ceva care l-a făcut să-i ţâşnească sângele din cap. El mai spunea că era tot timpul gata să strângă pumnii. Dacă cineva făcea ceva în contra, el avea o nevoie puternică să bată sau să omoare acea persoană.

În timpul şedinţelor EMDR Dimitri exclamă că nu are de ales în această privinţă. Cum terapeutul i-a cerut o explicaţie, el a descris o scenă în care el şi alţi soldaţi erau aliniaţi; li s-a cerut să se ofere voluntari. El a fost de acord dar, spune el, cu lacrimi în ochi: «M-au bătut în ajun călcându-mă în picioare.» Terapeutul întrebă: «V-ar fi plăcut mai mult să muriţi decât să treceţi prin asta ?

—Da. Murmură Dimitri. L sfârşitul secvenţei următoare, Dimitri spuse: «A fost alegerea mea ... nimeni nu mai poate să mă trateze în mod jalnic, acum.» După şedinţa EMDR, el avea sentimentul de a fi reglat lucrurile în plan emoţional şi de a fi stabilizat.

E de necontestat că întâmplările războiului, împreună cu traumele minore sau majore, pot avea un impact puternic. Dar până unde se întind efectele lor ? Este frapantă constatarea că modul în care prietenii lui Dimitri descriau personalitatea sa la întoarcerea din Balcani era aproape cuvânt cu cuvânt acelaşi cu cel al vecinilor lui Timothy McVeigh, cel căruia i se atribuie atentatul din Oklahoma City, când s-a întors din operaţiunea Furtună în Deşert din Irak. Ei spuneau că nu-l mai recunoşteau; el era furios contra guvernului şi părea să se fi schimbat complet faţă de cum era înainte de război. Câţi astfel de criminali potenţiali netrataţi există pe străzi ? Dimitri a fost îngrozit suficient de articolul de ziar despre multiplele crime comise de veterani, pentru a începe o terapie. Ce dezastru s-ar fi putut produce dacă ar fi întâlnit alţi bărbaţi ce împărtăşeau aceeaşi ură şi acelaşi punct de vedere pe care, aparent, l-a avut Timothy McVeigh ? Un oraş rus ar fi suferit aceleaşi consecinţe ca Oklahoma City ?

Unul dintre cele mai triste aspecte ale atentatului din 1995 din Oklahoma City, este modul în care a deteriorat simţul comunităţii, impresia de securitate pe care o iubeau atât cei ce trăiau acolo. Nimic nu putea lăsa să se prevadă un act terorist major: nu era New York sau Los Angeles. Era inima ţării. Înainte de atentat, Oklahoma City, cu un milion de locuitori, era un oraş mare cu o atmosferă provincială, un oraş în stilul anilor '50 unde oamenii se cunoşteau, mergeau la meciuri de base-ball şi se invitau la masă la întâmplare.

În realitate nimeni nu putea spune: «Astfel de lucruri nu se vor întâmpla niciodată la noi.» Durerea, pierderea, tristeţea, rănile, o moarte brutală, pot atinge pe oricare dintre noi, nu contează când şi unde. Oricare ar fi cauza unei tragedii (un atac terorist, un uragan, un accident de maşină), persoana care o păţeşte este în întregime ca

dumneavoastră şi ca mine. Nimeni nu e la adăpost. În Oklahoma City, chiar şi echipele de securitate, medicii, oamenii bisericii şi terapeuţii care au răspuns la urgenţe au fost traumatizaţi de amploarea dezastrului. Salvatorii au fost pur şi simplu şocaţi la vederea minusculelor huse mortuare (nouăsprezece copii au fost omorâţi). În plus, majoritatea salvărilor au fost acoperite în van. Chiar şi câinii, incapabili să găsească supravieţuitori după prima zi, deveneau letargici şi deprimaţi. Salvatorii încercau să-i încurajeze şi se întindeau peste ruine astfel încât câinii să-i poată «găsi».

Chiar dacă victimele întâlnite de terapeuţii EMDR de la urgenţă erau cetăţeni din Ruanda, Columbia sau din Sarajevo, mesajul era clar: avem toţi aceeaşi capacitate de distrugere şi de creştere, aceeaşi capacitate de suferinţă şi de vindecare. În acea vreme a atentatului de la Oklahoma City, copertele a numeroase reviste arătau corpul unei fetiţe de un an, Baylee Almon, cuibărită în braţele unui pompier. Ea a devenit una dintre emblemele dezastrului din Oklahoma City. Pentru Linda Crampton, totuşi, Baylee era mai mult decât o imagine pe coperta unei reviste. Era fetiţa căreia îi sărutase părul în ascensor în ajunul exploziei. Amintirea lui Baylee era ţinta celei de-a doua şedinţe de EMDR a Lindei, în momentul în care ea se forţa să iasă din teribila vinovăţie ce se ascundea în spatele amneziei legate de atentat. Baylee murise în atentat, dar nu imediat. Linda îşi spunea că, dacă se întorcea la stânga ieşind din apartamentul său şi dacă ar fi coborât în punctul exploziei, ar fi putut să o salveze pe Baylee, ar fi putut să o găsească înaintea pompierilor şi să o ţină în viaţă într-un fel sau altul. Până la sfârşitul şedinţei EMDR, Linda şi-a dat seama că ea nu putea să facă nimic pentru a o ajuta pe Baylee, şi povestea că aproape avea senzaţia prezenţei copilului în preajma ei, care o ierta. Ea a încetat să scrâşnească din dinţi, dar asta nu era tot.

În cursul celei de-a treia şi ultima şedinţă de EMDR, furia sa ieşea în valuri: furie contra lui Timothy McVeigh; furie contra morţii prietenilor şi vecinilor; şi furie pentru pierderea casei, a comunităţii sale şi a propriei siguranţe. Cu izbucnirea furiei venea compasiunea pentru cei care pierduseră ce iubeau, sau chiar un membru, sau funcţii fizice ca vederea, vorbirea, mersul. Dar ea făcuse încă mai mult. Compasiunea Lindei devenea angajament. La final, s-a alăturat echipei procurorului general din Oklahoma City pentru a face să treacă proiectul legii federale antiteroriste, lege pe care a avut plăcerea de a o vedea semnată de către preşedintele Clinton în 24 aprilie 1996.

La Linda, ca la mulţi oameni care au suferit mult se manifesta dorinţa de a transforma tragedia pe care o trăise în câteva lucruri utile celorlalţi şi de a împiedica reproducerea ei. Poate că EMDR ne arată că unul din modurile de a opri dramele constă în a ţinti traumatismul care susţine violenţa potenţială înainte de a se sfărâma. Foarte evident, autorii atentatelor sunt responsabili de actele pe care le-au comis, dar e mult mai preferabil de prevenit o problemă mai curând decât de fixat responsabilităţile după aceea.

Este poziţia pe care a decis să o adopte reverendul David Price, terapeut EMDR la Institutul Bowden din Canada, cea mai mare închisoare federală din Canada. El povesteşte că majoritatea deţinuţilor sunt delincvenţi sexuali, printre ei cei mai dificili sunt pedofilii, deseori consideraţi ca imposibil de tratat. Observând că un mic număr de pedofili urmau să fie eliberaţi în trei luni, el a decis să încerce EMDR cu trei dintre ei. Aceşti trei bărbaţi participaseră activ la programe de reeducare pentru delincvenţi sexuali, în cursul perioadei de încarcerare şi în cursul altor încarcerări anterioare. Toţi trei aveau un trecut de delincvenţi sexual şi un ciclu repetitiv de o nouă trecere la act, în

aproximativ trei până la şase săptămâni după eliberare. Reverendul Price a ales să lucreze cu aceşti bărbaţi pentru că toţi trei au recunoscut responsabilitatea lor în actele comise şi admiteau existenţa unei legături spirituale cu o «putere superioară». Punct important pentru lucrul în EMDR, toţi trei identificaseră «ciclul criminal, proces ce constă în reperarea evenimentelor care declanşau emoţiile intense, gândurile şi atitudinile care construiau puţin câte puţin comportamentul criminal, cel care e apogeul.

Unul dintre cei trei bărbaţi, Sam, a lucrat cu amintirile traumatice asociate cu nouă elemente declanşatoare pe care le reperase la el însuşi. După reverendul Price, «o avansare majoră s-a produs în cursul celei de-a patra şedinţe. Sam şi-a amintit o amintire refulată de turbare. Sora lui, cu opt ani mai mare, l-a ameninţat că-i sparge jucăriile preferate (şi le-a distrus cu adevărat) dacă refuza să se dedea la acte sexuale cu ea. Atunci în vârstă de doar nouă ani, Sam înfundase de-a lungul anilor turbarea, ruşinea şi confuzia ce suscitau în el comportamentul surorii sale. El făcu paisprezece şedinţe EMDR într-o perioadă de două luni, şi ca ceilalţi pacienţi, el le-a continuat după eliberare. El povestea atunci că vechiul mod de gândire dispăruse şi chiar dacă era tratat fără menajamente de egalii săi, el avea impresia unei forţe, de seninătate şi de stăpânire de sine».

«Am continuat cu Sam, o dată la cincisprezece zile, spune reverendul Price. «El a cunoscut situaţii de respingere, de abandon, de umilire, îşi băteau joc de el, a fost privat de muncă. Înainte de tratament, urmare a nu contează ce afront public, s-a simţit izolat şi ciclul de delincvenţă sexuală s-a declanşat. Spre marea lui fericire, niciunul din stereotipurile emoţionale şi comportamentale nu a apărut. În schimb, Sam a constituit în preajma sa un grup de susţinere, folosindu-se de competenţele de auto-asistenţă pe care le căpătase. A continuat să caute de lucru şi a stabilit legături voluntare cu poliţia. El lucrează chiar şi acum cu ei pentru a pune pe picioare programe de prevenţie pentru uzul părinţilor şi copiilor. El nu exprimă nicio furie contra societăţii, nicio duşmănie contra lui însuşi. El a construit puţin câte puţin o relaţie amoroasă sănătoasă cu o femeie de vârsta lui. Este liber de nouă luni, şi nu a mai avut nicio recidivă. Ceilalţi doi bărbaţi au raportat rezultate similare [2]. »

Acest proces de învăţare şi transformare nu are efecte limitate la alinarea suferinţei. Se poate utiliza în mod particular EMDR pentru a ameliora performanţele cuiva. Este o caracteristică a terapiei EMDR: imaginile, emoţiile şi credinţele negative deveneau vagi, mai puţin credibile, în timp ce imaginile, emoţiile şi credinţele pozitive deveneau mai convingătoare şi mai valabile în ochii pacientului. Graţie acestei particularităţi, cu EMDR, putem ajuta pe cineva să capete competenţe care-i sunt necesare pentru a se lansa într-un proiect important şi pentru a obţine reuşite tot mai mari. Ajutăm clienţii să creeze imagini, ca acelea utilizate de atleţii olimpici pentru a executa un plonjon perfect, de exemplu, şi pentru a le combina cu credinţele pozitive necesare pentru a-şi atinge obiectivele. Acest program al EMDR pentru a da clientului «modele» utile a dat la fel de bune rezultate la terapeuţii EMDR ce lucrează acum ca şi *coaches* pe lângă sportivi, muzicieni sau cadre din mari întreprinderi, pentru a-i ajuta să atingă performanţe maxime. De fapt, mulţi campioni au deja numeroase medalii graţie tratamentului EMDR. Învăţarea accelerată care se produce cu EMDR nu serveşte numai pentru a trece de la disfuncţional la funcţional: se poate trece în egală măsură de la

funcțional la excepțional. Până unde putem merge toți dacă elaborăm vechi amintiri de eşec şi de umilință, şi dacă ne deschidem spiritul la capacitățile sale de a obține mari reuşite ?

Unul dintre motivele scrierii acestei cărți a fost explorarea funcționării spiritului uman, pentru a face vizibili numitorii comuni care ne leagă pe toți în calitate de specie. În toate cazurile clinice relatate aici, reacția psihologică a pacientului făcea față, dată fiind interacțiunea între educația primită şi circumstanțele particulare ale vieții sale. Sub acest adevăr, există un fapt fericit: sistemul nostru nervos reacționează în mod similar. Chiar dacă experiențele noastre variază, noi suntem toți legați prin anumite trăsături comune, pur şi simplu pentru că avem toți un corp din carne. Cum creierul face parte din corp, noi împărtăşim aceleaşi principii de funcționare mentală.

Sper că un aspect reiese clar din povestirile prezentate aici: dificultățile psihice care au fost diagnosticate sunt pur şi simplu prelungiri ale experiențelor pe care le-am avut cu toții. Oricine a putut să se simtă într-o zi blocat, oricine a reacționat foarte puternic într-o anumită situație. Oricine a avut în viață dificultăți pentru care puțin ajutor era binevenit. Şi noi avem toți în noi zone în care vom avea nevoie de ajutor pentru a putea depăşi funcționarea noastră normală şi a excela. Durere afectivă şi comportamente dificile sunt răspunsuri rezonabile şi de bun simț la tensiuni şi circumstanțe nefericite.

Noi suntem mai mult decât reacțiile noastre automate. Noi le putem observa, judeca, accepta, sau putem foarte bine să suferim. Noi putem trăi mizerabil şi să acceptăm această disperare, sau foarte bine să alegem să acționăm pentru a modifica aceste reacții automate. Chiar dacă am văzut, în această carte, că reacțiile automate ale corpului şi ale minții sunt guvernate de legea cauzei şi efectului, o altă parte din noi există, una care este diferită şi sănătoasă. Această parte din noi care constată mizeria, este cea care poate să facă alegerea de a cere ajutorul pentru schimbare, este cea care ne conduce în psihoterapie, care îşi procură o deschidere de auto-asistență, care apreciază, în filme, noblețea sufletului de erou. Este partea care ne spune ce putem fi dacă noi nu am avea atâta frică. Trebuie să ne amintim că anumite frici pe care le cunoaştem toți sunt pur şi simplu întâmplări anterioare, blocate în sistemul nervos. Această carte vă arată cum putem să le deblocăm: cum, plecând de la aceste întâmplări, putem învăța ce ne va folosi, şi să ne debarasăm de rest. Cât despre acest fapt, avem posibilitatea acțiunilor sale, în loc să fim conduşi de *re*_acții automate.

Această carte, este istoria întregii lumi. Poate că vă recunoaşteți în aceste pagini, poate că aici recunoaşteți un vecin, o prietenă, un membru al familiei voastre. Amintiți-vă că în fiecare dintre noi există un sâmbure sănătos înnăscut care nu ne cere decât să se deschidă dacă îi dăm posibilitatea. Noi acceptăm bucuroşi acest principiu atunci când este vorba de sănătatea corpului nostru; este timp pentru a ne putea gândi şi la bună-starea noastră psihologică. Creierul face parte din corp, el este guvernat de principii similare de cauză şi efect. În caz de durere fizică, corpul nostru reacționează. Mintea are reacții automate analoage față de presiunile mediului înconjurător şi experiențele pe care le avem. Anumite reacții ameliorează viața noastră şi sunt profitabile, altele nu; dar le putem modifica pe cele din urmă. Când observăm procesul de vindecare în opera din mintea unei persoane, este imaginea propriei noastre

capacități de a vindeca ceea ce ne-a fost trimis înapoi. De asemenea poate putem să vedem aici un fenomen de difuziune lărgită care ar putea să conducă într-o zi la vindecarea noastră a tuturor.

NOTE

[1]În iunie 1996 au apărut cinci studii în revista *Archives of General Psychiatry*, arătând legătura între sănătatea mintală şi criminalitate. De exemplu, din 1 300 de femei examinate, 80% aveau un trecut de boală mintală şi 70% au arătat semne de tulburări mintale în cele şase luni precedente. Studiile relevau şi incidența ridicată a traumatismelor, a căror istorie plasa abuzul sexual la un mare procent dintre aceste persoane. După editorialul revistei, «existența unei legături între violență, crimă şi boala mintală [...] nu poate fi îndepărtat».

Tratamentul amintirilor traumatice în cadrul programului de prevenire a delincvenței arată o influență semnificativă asupra incidenței violenței şi criminalității ? Unul dintre țelurile cercetătorilor în EMDR este să pună pe picioare studii la scară mare pentru a explora posibilitatea de a utiliza EMDR în sistemele penitenciare şi în programele de prevenire a delincvenței, în cartierele defavorizate. Este vorba de un proiect particular, condus sub egida programelor de asistență umanitară EMDR (HAP), organizație cu scop nelucrativ oferind ajutor umanitar prin mijloace EMDR (conform anexei A).

[2]Reverendul Price povesteşte că un «studiu extensiv, construit ştiințific, este în pregătire pentru a testa validitatea acestui rezultat obținut pe un număr mic de pedofili. Cu protocolul EMDR, putem spera, nu numai retragerea vechilor evenimente traumatice, dar şi a unei intervenții pozitive efectiv capabile să oprească pe neaşteptate schemele vechilor evenimente traumatice, dar şi a unei intervenții pozitive efectiv capabile să oprească pe neaşteptate schemele repetitive ale comportamentelor criminale. «Din partea mea, în calitate de ecleziast, consider că e natura sacră a corpului, cu această capacitate pe care Dumnezeu i-a dat-o pentru a se vindeca el însuşi, care se manifestă în procesul EMDR.» În acest mod, ştiința şi credința se pot uni. Relatări analoage despre modificările sau oprirea comportamentelor delincvente sau de risc ne parvin de pe cuprinsul Statelor Unite şi ipoteza a fost testată în două mici studii (conform anexei B); rămân totuşi multe alte cercetări de făcut pe teren. Dar cred că reverendul are întrutotul dreptate: EMDR oferă efectiv speranță.

Anexa A
În jurul EMDR

HAP Programele de Asistență Umanitară EMDR (Humanitarian Assistence Programs)

HAP, asociație non profit, poate fi considerată ca echivalentă, în domeniul sănătății mintale, cu Medici fără Frontiere: este o rețea globală de terapeuți care merg peste tot unde, în lume, e vorba să pună capăt suferinței mintale și să prevină sechelele psihologice ale traumatismului și violenței. HAP are ca obiectiv să ajute la ruperea ciclului durerii care face ravagii în viața oamenilor și familiilor lor.

Modelul HAP este centrat pe aportul formării și suportului profesional al clinicienilor locali pentru a duce mai departe procesul de vindecare. Acest model centrat pe formare prezintă mai multe avantaje. Învățându-i EMDR pe terapeuții locali, noi le furnizăm un instrument eficient și puternic pentru tratarea efectelor emoționale ale traumatismelor. Profesioniștii ce aparțin comunității afectate nu se văd înlocuiți de persoane din exterior; din contră, li se oferă o resursă importantă pe care o vor putea utiliza în momentul sau în modul pe care-l vor considera cel mai potrivit. Cum se întâmplă ca reacțiile la evenimentele traumatice să se producă după un timp de latență și cum indivizii încearcă adesea să rezolve singuri dificultățile lor înainte de a cere ajutorul profesioniștilor, a forma clinicieni locali permite siguranța că, atunci când oamenii vor veni să ceară ajutorul, se va putea răspunde nevoilor lor. În acest mod, eficiența tratamentului psihologic al traumatismului se întinde dincolo de evenimentul singular care s-a produs.

Dincolo de formarea pe care o asigură, rețeaua de sănătate mintală în situații de catastrofă a HAP coordonează munca clinicienilor care tratează victimele și membrii echipelor de securitate la locul crizei ca atentatul din Oklahoma City și atacurile teroriste din 11 Septembrie.

După atentatul din Oklahoma City din 1995, o rețea de voluntari EMDR-HAP în dezvoltare a răspuns cererilor de tratament provenite din întreaga lume, referitoare la cutremure de pământ în Turcia, uragane în Mexic sau inundații catastrofice în Dakota. Noi am dat ajutor comunităților traumatizate de război și de terorism în Palestina și Israel, în Croația și în Bosnia, în Irlanda de Nord și Kenya. Am umplut golurile din serviciul de sănătate mintală al comunităților din cartierele defavorizate, de la Bedford Stuyvesant la Oakland,

printre populațiile prost deservite ale comunităților rurale și de la periferie, din rezervațiile de indieni americani, în Ungaria, Polonia, China, Africa de Sud, Ucraina, Mexic, Nicaragua, Salvador și alte locuri. În fața sechelelor lăsate de prăbușirea avionului 800 de la TWA, focurile de armă din mijlocul elevilor de liceu din Columbine și Dumbane din Scoția și atacurile teroriste din 11 septembrie asupra New Yorkului și Washingtonului, noi am tratat, am format și am semănat germenii vindecării.

În general, voluntarii oferă cel puțin o săptămână de terapie sau formare pe an: ei dau îngrijiri celor care sunt cel mai mult în dificultate financiară pentru a beneficia de tratament. Trebuie totuși bani pentru a trimite terapeuți acolo unde este nevoie de ei. Pentru a da un exemplu, asistența EMDR la Oklahoma City a costat 50 000 de dolari. Dacă formări individuale în Bangladesh, în Balcani și în Africa au fost susținute de comun acord de organisme ca UNICEF și anumite organizații umanitare catolice, o bună parte au fost finanțate numai din donații individuale.

Pentru a ști mai mult despre HAP și realizările noastre, puteți vizita site-ul www.emdrhap org.

Donațiile (scutite de impozite) pot fi adresate la EMDR-HAP.P.O.Box 52164, Pacific Grove, CA 93950 *.

Institutul EMDR

Institutul EMDR (*www.EMDR.com*) a format peste 50 000 de clinicieni în metoda EMDR de la fondarea sa în 1990. Are o listă internațională de terapeuți formați în sânul său, spre care se pot îndrepta clienți, și formează exclusiv practicieni calificați în sănătate mintală, numai la cele mai stricte standarde profesionale. Locurile de formare recunoscute de institut au logo-ul Institului EMDR:

Asociația Internațională EMDR (EMDRIA)

Asociația Internațională EMDR este o organizație profesională de terapeuți și de cercetători ce are ca vocație promovarea celor mai înalte standarde de excelență și de integritate în domeniile practicii clinice, ale cercetării și educației în EMDR, pentru binele public.

EMDRIA urmărește dezvoltarea corpului existent de cunoștințe empirice, de teorie și aplicații clinice ale procedurilor EMDR; ea îi ține pe membrii săi informați despre modificările care apar. Se ocupă în egală măsură și de dezvoltarea regulilor etice pentru

* Pentru Franța, scrieți la: HAP France, 5 rue de Charonne (4 cour Saint-Joseph), 75011 Paris, sau prin e-mail la *hap.france@wanadoo.fr.* (N.d.T.)

practica clinică şi formarea terapeuţilor, de crearea de materiale şi suport clinic şi de informare a altor organizaţii profesionale şi a publicului despre beneficiile aduse de EMDR. Pentru alte informaţii despre EMDRIA, se poate contacta asociaţia prin e-mail la adresa:
info@emdria.org ; şi de asemenea se poate vizita site-ul EMDRIA la adresa:
www.emdria.org.

Asociaţia europeană EMDR

Asociaţia europeană EMDR este organul conducător pentru toate asociaţiile naţionale EMDR din Europa, plus cea din Israel. Organizaţie profesională supervizând terapeuţii şi cercetătorii europeni formaţi în EMDR, ea îndeplineşte o funcţie similară cu cea a EMDRIA. Ea are ca vocaţie promovarea la cele mai înalte standarde de excelenţă şi de integritate în domenii ale practicii clinice, ale cercetării şi educaţiei în EMDR. Se pot găsi alte lămuriri pe site-ul *www.emdr-europe.org* *

Asiguraţi-vă că formarea urmată de terapeutul dumneavoastră a primit aprobarea EMDR sau a Asociaţiei Europene EMDR. Terapeuţii pot urma fără să ştie o formare inferioară standardelor impuse.

EMDR nu trebuie să fie practicată decât de terapeuţi cu diplomă, formaţi specific în EMDR. Faceţi-vă timp să întrebaţi terapeutul pe care vă gândiţi să-l alegeţi. Asiguraţi-vă că el sau ea are formarea ce se impune în EMDR (formarea de bază este compusă din două perioade) şi că se ţine la curent cu descoperirile cele mai recente. Dacă formarea este obligatorie, ea nu este şi suficientă. Alegeţi un terapeut experimentat în EMDR şi care are o rată bună de reuşită. Asiguraţi-vă că e în largul său cu dificultăţile particulare pe care vreţi să le abordaţi. Pe de altă parte, este important să vă inspire încredere şi să vă simţiţi bine cu el. Reuşita tratamentului rezidă în interacţiunea dintre un terapeut, un client şio tehnică.

Întrebaţi-l:
dacă a urmat cele două nivele de formare;
dacă formarea sa are aprobarea EMDRIA sau EMDR-Europe ♠;
dacă este informat cu protocoalele şi descoperirile recente;
numărul de persoane cu aceeaşi problemă cu a dumneavoastră şi cu tulburările dumneavoastră particulare pe care le-a tratat deja;
rata sa de reuşită.

---

* Pentru Franţa, se găsesc informaţii pe site-ul asociaţiei EMDR-France, la adresa următoare: *www.ifrance.com/emdr-france/Association.htm.* (N.d.T.)

♠ se găseşte un anuar de terapeuţi francezi pe site-ul *www.bipe.be* (site al Institutului Belgian pentru Psihotraumatologie şi EMDR); pentru Elveţia, *www.emdr-schweiz.ch.* (N.d.T.)

Asociații EMDR (Europa și țările francofone)

Franța
EMDR-France
107, quai du Docteur-Dervaux-92600 Asnières
e-mail: info@emdr-france.org
site: www.emdr-france.org

Elveția
c/o Frau A. Enkelmann
Bettenstrasse 76-84000 Winterthur
Tél. 152 212 75 01
e-mail: info@emdr-schweiz.ch
site: www.emdr-institut.ch

Belgia
ASBL BIPE
Zuidmoerstraat 188-9900 Eeklo
Tél./fax: 00 32 93778433
Site: www.bipe.be/Framesmenu.html
e-mail: info@bipe.be

Canada
EMDRAC
#350—1855 Kirschner Road—Kelowna, B.C. V1Y 4N7
site: www.emdrac.ca
e-mail: question@emdrac.ca

Europa
site: www.emdr-europe.org

Anexa B
Rapoarte ale unor cazuri clinice EMDR

EMDR e considerată drept o terapie cu elemente ale evenimentelor cu rol atât în maladiile mintale cât şi în sănătate. Lărgind protocoalele standard (Shapiro, 1995, 2001), aplicaţiile suplimentare au fost dezvoltate în practica clinică de către experţi şi terapeuţi într-o serie întreagă de domenii de specialitate. Pentru această practică nouă au fost făcute puţine studii controlate, aşa cum este cazul tratamentelor unei bune părţi dintre tulburări, ca şi domeniul clar al unui raport de evaluare al grupului de lucru numit de divizia clinică a Asociaţiei Americane de Psihologie (Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, Crits-Christoph *et al.*, 1998): acest raport arată că numai douăsprezece tulburări, printre care anumite fobii sau durerile de cap, aveau tratamente cunoscute empiric pentru a fi eficiente. Trebuie adăugat faptul că multe tratamente considerate drept empiric validate nu au fost evaluate în raport cu capacitatea lor de a produce efecte clinice substanţiale pe termen lung.

Dacă protocoalele EMDR au fost pe larg examinate prin studii controlate în ceea ce priveşte sindromul de stres post-traumatic, trebuie să sperăm că noile aplicaţii vor face obiectul unor cercetări aprofundate. Au fost deja făcute cercetări de proporţii globale ale parametrilor ce trebuie exploraţi (Shapiro, 2001, 2002). Pentru a ajuta cercetătorii să identifice protocoalele care pot studia şi ajuta terapeuţii care caută supervizări pentru noile aplicaţii, am făcut mai jos o listă de lucrări deja publicate şi de conferinţe. Numeroase conferinţe au fost înregistrate şi sunt disponibile pe lângă organizatori. De asemenea putem contacta conferenţiarii prin EMDRIA pe site-ul *www.emdria.org*.

Rezultate terapeutice pozitive cu EMDR au fost raportate referitor la un larg evantai de populaţie. Totuşi, cum am notat mai sus, majoritatea tulburărilor clinice listate nu au un tratament validat empiric şi va trebui să se facă investigaţii extinse, cu studii controlate, în toate direcţiile (Chambless *et al.*, 1998). Aplicaţiile clinice ale EMDR sunt fondate pe modelul de tratament al informaţiilor (vezi Shapiro, 2001, 2002), care postulează că tratamentul elementelor evenimentelor trăite poate avea un efect pozitiv pentru tratarea unei serii întregi de tulburări. La acea vreme, dacă numeroase studii controlate au arătat eficienţa EMDR în tratamentul sindromului de stres post-traumatic , alte aplicaţii clinice sunt fondate pe observaţii clinice şi cer alte investigaţii. După primul studiu despre eficienţă (Shapiro, 1989a), rezultate terapeutice pozitive au fost raportate la o mare parte din populaţie, după cum urmează:

1. Veteranii operațiunii «Furtună în Deșert», ai războiului din Vietnam, ai războiului din Coreea și din Al Doilea Război Mondial, până la cei rezistenți la orice tratament, și care nu mai au flash-back-uri, coșmaruri și alte sechele de SSPT (Blore, 1997a; Carlson, Chemtob, Rusnak & Hedlund, 1996; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka, 1998; Daniels, Lipke, Richardson & Silver, 1992; Lipke, 2000; Lipke & Botkin, 1992, Silver & Rogers, 2001; Thomas & Gafner, 1993, White, 1998, Young, 1995).
2. *Persoane suferind de fobii și de crize de angoasă care au manifestat o reducere rapidă a angoasei și a simptomatologiei* (De Jongh & Ten Broeke, 1998, De Jongh, Ten Broeke & Renssen, 1999, De Jongh, van den Oord & Ten Broeke, 2002, Doctor, 1994, Feske & Goldstein, 1997; Goldstei, 1992, Golstein & Feske, 1994; Kleinknecht, 1993; Nadler, 1996; O'Brien, 1993; Protinsky, Sparks & Flemke, 2001a). Anumite studii despre fobia de păianjen au arătat o superioritate relativ slabă a EMDR (de exemplu Muris & Merckelbach, 1997; Muris, Merckelbach, Holdrinet & Sijnaar, 1998; Muris, Merckelbach, van Haaften & Nayer, 1997), dar aceste evaluări au fost descalificate pentru absența fidelității în protocoalele publicate (vezi De Jongh *et al.*, 1999; Shapiro, 1999, și anexa D). O evaluare a tratamentului unui pacient atins de crize de angoasă cu agorafobie (Goldstein, de Beurs, Chambless & Wilson, 2000) a arătat în egală măsură rezultate limitate (pentru o discuție globală, vezi Shaapiro 2001, 2002; vezi și anexa D).
3. Victime ale crimelor, ofițeri de poliție, angajați care lucrează în locurile unde au fost comise acte violente, care nu mai sunt tulburați de sechelele violențelor și/sau de natura stresantă a muncii lor (Baker & McBride, 1991; Dyregrov, 1993, Jensma, 1999; Kitchiner & Aylard, 2002; Kleinknecht & Morgan, 1992; McNally & Solomon, 1999; Page & Crino, 1993; Shaapiro & Solomon, 1995; Solomon, 1995, 1998; Solomon & Dyregrow, 2000; Wilson, Becker, Tinker & Logan, 2001).
4. Persoane eliberate de o tristețe excesivă datorată pierderii unei ființe dragi sau deceselor la locul de muncă, de exemplu conductori de tren care nu mai sunt zdrobiți de vinovăție pentru că trenul a omorât pe cineva (Puk, 1991a, Shapiro & Solomon, 1995; Solomon, 1994, 1995, 1998; Solomon & Kaufman, 2002).
5. *Copii și adolescenți traumatizați vindecați de grave simptome* (Chemtob, Nakashima, Hamada & Carlson, 2002, Cocco & Sharpe, 1993, Datta & Wallace, 1994, 1996; Fernandez, Gallinari & Lorenzetti, 2004; Greenwald, 1994, 1998, 1999, 2000, 2002; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Dolatabadim & Zand, 2004; Johnson, 1998; Korkmazler-Oral & Pamuk, 2002; Lovett, 1999; Pellicer, 1993; Puffer, Greenwald & Elrod, 1998; Russell & O'Connor, 2002; Scheck, Schaeffer & Gillette, 1998; Shapiro, 1991; Soberman, Greenwald & Rule, 2002; Steward & Bramson, 2000; Taylor, 2002; Tinker & Wilson, 1999).
6. *Victime ale agresiunilor sexuale azi capabile să ducă o viață normală și să aibă relații amoroase* (Edmond, Rubin & Wambach, 1999; Hyer, 1995; Parnell, 1994, 1999; Puk, 1991a; Rothbaum, 1997; Scheck, Schaeffer & Gillette, 1998; Shapiro, 1989b, 1991, 1994; Wolpe & Abrams, 1991).
7. *Victime ale catastrofelor, naturale și umane, capabile să reia viața normală* (Chemtob *et. al.*, 2004; Grainger, Levin, Allen-Byrd, Doctor & Lee, 1997; Jarero, Artigas, Mauer, Lopez Cano & Alcala, 1999; Knipe, Hartung, Konuk, Colleli, Keller & Rogers, 2003; Shusta-Hochberg, 2003).

8. Victime ale accidentelor, operațiilor chirurgicale arsurilor, altădată handicapați emoțional și fizic, și astăzi capabile să-și reia viața productivă (Blore, 1997b; Hassard, 1993; McCann, 1992; Puk, 1992; Solomon & Kaufman, 1994).
9. *Persoane victime ale disfuncțiilor conjugale și sexuale, azi capabile să mențină relații sănătoase* (Keenan & Farrell, 2000; Kaslow, Nurse & Thompson, 2002; Levin, 1993; Protinsky, Sparks & Flemke, 2001b; Snyder, 1996; Wernik, 1993).
10. Clienți în toate stadiile de dependență de psihotrope și jucători patologici care prezintă acum o stare stabilă de vindecare și o tendință mai mică de recidivă (Henry, 1996; Shapiro & Forrest, 1997; Shapiro, Vogelmann-Sine & Sine, 1994; Vogelmann-Sine, Sine, Smyth & Popky, 1998).
11. Persoane atinse de tulburări disociative, care progresează într-un ritm mai rapid decât cel obținut prin terapia tradițională a acestor tulburări (Fine, 1994; Fine & Berkowitz, 2001; Lazrove, 1994; Lazrove & Fine, 1996; Marquis & Puk, 1994; Paulsen, 1995; Rouanzoin, 1994; Twombly, 2000; Young, 1994).
12. Bărbați și femei de afaceri, artiști, sportivi, care au avut beneficii cu EMDR în privința ameliorării performanțelor (Crabbe, 1996; Foster & Lendl, 1995, 1996; Graham, 2004).
13. Persoane suferind de probleme somatice sau de tulburări psihosomatice, înțelegând aici dureri cronice, care au obținut o ameliorare rapidă a durerii (Brown, McGodricl & Buchanan, 1997; Dziegielewski & Wolfe, 2000; Grant, 1999; Grant & Threlfo, 2002; Gupta & Gupta, 2002; Ray & Zbik, 2001; Wilson et. al., 2000).
14. Clienți ce prezentau tot felul de sindroame de stres post-traumatic și alte tulburări diagnosticate și care au obținut rezultate substanțiale cu terapia EMDR (Allen & Lewis, 1996; Brown, McGoldrick & Buchanan, 1997; Cohn, 1993; Fensterheim, 1996; Forbes, Creamer & Rycroft, 1994; Gelinas, 2003; Ironson et. al., 2002; Korn & Leeds, 2002; Lee et. al., 2002; Manfield, 1998; Manfield & Shapiro, 2003; Madrid, Skolek, Shapiro, în curs de apariție; Marcus, Marquis & Saki, 1997; Marquis, 1991; McCullough, 2002; Parnell, 1996, 1997; Pollock, 2000; Power, McGoldrick & Brown, 2001; Protinsky, Sparks & Burnette, 1995; Spector & Huthwaite, 1993; Sprang, 2001; Vaughan et. al., 1994; Vaughan, Wiese, Gold & Tarrier, 1994; Wilson, Becker & Tinker, 1995, 1997; Wolpe & Abrams, 1991; Zabukovec, Lazrove & Shapiro, 2000).

Referințe

ALLEN J. G. & LEWIS L. (1996), «A conceptual framework for treating traumatic memories and its application to EMDR», *Bulletin of the menninger clinic*, 60, (20), p. 238-263.

BAKER N. & McBRIDE B. (august 1991), «Clinical application of EMDR in law enforcement environment: Observations of the psychological service unit of the L. A. County Sheriff's Depatament», articol prezentat la Police Psychology (division 18, Police & Public Safety Subsection), mini-convenția convenției anuale a American Psychological Association, San Francisco, california.

BLORE D. C. (1997b), «Use of EMDR to treat morbid jealousy: A case study», *British Journal of Nursing*, 6, p. 984-988.

BROWN K. W., MCGOLDRICK T. & BUCHANAN R. (1997), «Body dysmorphic disorder: Seven cases treated with eye movement desensitization and reprocessing», *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 25, p. 203-207.

CARLSON J. G., CHEMTOB C. M., RUSNAK K. & HEDLUND N. L. (1996), «Eye movement desensitization and reprocessing treatment for combat PTSD», *Psychotherapy*, 33, p. 104-113.

CARLSON J. G., CHEMTOB C. M., RUSNAK K. & HEDLUND N. L. & MURAOKA M. Y. (1998), « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for combat-related post-traumatic disorder», *Journal of Traumatic Stress*, 11, p. 3-24.

CHAMBLESS D. L., BAKER M. J., BAUCOM D. H., BEUTLER L. E., CALHOUN K. S., CRITS-CHRISTOPH P. *et. al.*, (1998). «Update on empirically validated therapies», *The Clinical Psychologist*, 51, p. 3-16.

CHEMTOB C. M.,NAKASHIMA J., HAMADA R. S. & CARLSON J. G. (2002) «Brief treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: A field study», *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 99-112.

COCCO N. & SHARPE L. (1993), «An auditory of eye movement desensitization in a case of post-traumatic sress dissorder» *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, p. 373-377.

COHN L. (1993), «Art psychotherapy and new eye treatment desensitization and reprocessing (EMDR) method, an integrated approach», *în* E. Dishup (dir.), *California Art Therapy Trends* (p. 275-290), Chicago (Ill.), Magnolia Street Publisher.

CRABBE B. (1996, nov.), «Can eye movement therapy improve your riding ?», *Dressage Today*, p. 28-33.

DANIELS N., LIPKE H., RICHARDSON R. & SILVER S. (1992, oct.), «Vietnam veterans' treatment programsusind eye movement desensitization and reprocessing», colocviu ținut în timpul întâlnirii anuale a International Society for Traumatic Stress Studies, Los Angeles (Calif.).

DATTA P. C. & WALLACE J. (1996, nov.), «Enhancement of victim empathy along with reduction of anxiety and increase of positive cognition of sex offenders after treatment with EMDR», articol prezentat la reuniunea anuală a Association for the Advencement of Behavior Therapy, New York.

DE JONGH A. & TEN BROEKE E. (1998), «Treatment of choking phobia by targeting traumatic memories with EMDR: A case study», *Clinical Psycology & Psychotherapy*, 5, p. 264-269.

DE JONGH A. & TEN BROEKE E. & RENSSENM. R. (1999), «Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues», *Journal of Anxiety Disorders*, 13, p. 69-85.

DE JONGH A., VAN DEN OORD H. J. M. & TEN BROEKE E. (2002), «Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of specific phobias: four single-case studies on dental phobia», *Journal of Clinical Psychology*,58, p. 1489-1503.

DOCTOR R. (1994, mar.) « Eye movement desensitization and reprocessing: A clinical and research examination with anxiety disorders», articol prezentat în timpul celei de-a XIV-a întâlniri anuale a Anxiety Disorder Asociation of America, Santa Monica, (Calif.).

DYREGROV A. (1993), «EMDR-nymetode for tramebehandling», *Tidsskrift for Norske Psykologforening*, 30, p. 975-981.

DZIEGIELEWSKI S. & WOLFE P. (2000), «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a time-limited treatment intervention for body image disturbance and self-esteem: A single subject case study design», *Jounal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1, p. 1-16.

EDMOND T., RUBIN A. & WAMBACH K. G. (1999), «The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse», *Social Work Research*, 23, p. 103-116.

FENSTERHEIM H. (1996), Eye movement desensitization and reprocessing with complex personality pathology: An integrative therapy», *Journal of Psychotherapy Integration*, 6, p. 27-38.

FERNANDEZ I., GALLINARI E. & LORENZETTI A. (2004), «a school-based EMDR intervention for children who witnessed the Pirelli Building airplane crash in milan, Italy», *Journal of Brief Therapy*, 2, p. 129-136.

FESKE U. & GOLDSTEI A. (1997), «Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, p. 1026-1035.

FINE C. G. (1994, jun), «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for dissociative disorders», conferință la Eastern regional Conference on Abuse and Multiple Personality, Alexandria (Virginia).

FINE C. & BERKOWITZ A. (2001), «The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses», *American Jounal of Clinical Hypnosis*, 43, p. 275-290.

FORBES D., CREAMER M. & RYCROFT P. (1994), «Eye movement desensitization and reprocessing in post-traumatic stress disorder: A pilot study using assessement measure», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, p. 113-120.

FOSTER S. & LENDL J. (1995), «Eye movement desensitization and reprocessing: initial application for enhancing performance in athletes», *Journal of Applied Sport Psychology*, 7 (suplimnet), p. 63.

FOSTER S. & LENDL J. (1996), «Eye movement desensitization and reprocessing: Four case studies of a new tool for executive coaching and restoring employee performance after setbacks», *Consulting Psychology Journal*, 48, p. 155-161.

GELINAS D. J. (2003), «Integrating EMDR into phase-oriente treatment for trauma», *Journal of Trauma and Dissociationi*, 4, p. 91-135.

GOLDSTEIN A. (1992, aug.) «Treatment of panic and agoraphobia with EMDR: Preliminary data of the agoraphobia and anxiety Treatment Center, Temple University», artticol prezentat la al IV-lea congres mondial de terapie comportamentală, Queensland (Australia).

GOLDSTEIN A. J., DE BERS E., CHAMBLESS D. L. & WILSON K. A. (2000), «EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting-list and credible attention-placebo control condition», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 68, p. 947-956.

GOLDSTEIN A. & FESKE U. (1994), «Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case series», *Journal of Anxiety Disorder* , 8, p. 351-362.

GRAHAM L. (2004), «Traumatic Swimming Events Reprocessed with EMDR», *www.Thesportjournal.org*, 7 (1), p. 1-5.

GRAINGERR. D., LEVIN C., ALLEN-BYRD L., DOCTOR R. M. & LEE H. (1997), «An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster», *Journal of Traumatic Stress*, 10, p. 665-671.

GRANT M. (1999). *Pain Control with EMDR*, New Hope, (Penn), EMDR Humanitarian Assistence Programs.

GRANT M. & THRELFO C. (2002), «EMDR in the treatment of chronic pain», *Journal of Clinical Psychology* , 58, p. 1505-1520.

GREENWALD R. (1994), «Applying eye movement desensitization and reprocessing to the treatment of traumatized children: Five case studies», *Anxiety Disorders Practice Journal*, 1, p. 83-97.

GREENWALD R. (1999), Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in child and adolescent psychotherapy , New Jersey, Jason Aronson Press.

GREENWALD R. (2000), «A trauma-focused indicidual therapy approach for adolescent with conduct disorder», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, p. 146-163.

GREENWALD R. (2002), «Motivation-adaptative skills-trauma resolution (MASTR) therapy for adolescents with conduct problems: An open trial», *Journal of Aggresion, Maltreatment and Trauma*, 6, p. 237-261.

GUPTA M. & GUPTA A., (2002), «Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders», *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 6, p. 415-421.

HASSARD A. (1993), « Eye movement desensitization of body image», *Behavioural Ppsychotherapy* , 21, p. 157-160.

HENRY S. L. (1996), «Pathological gambling: Etiological consideration and treatment efficacy of eye movement desensitization /reprocessing», *Journal of Gambling Studies*, 12, p. 395-405.

HYER L. (1995), «Use of EMDR in a „dementing" PTSD survivor», *Clinical Gerontologist*, 16, p. 70-73.

IRONSON G. I., FREUND B., STRAUSS J. L. & WILLIAMS J. (2002), «a comparison of two treatment for traumatic stress: A community-based of EMDR and prolonged exposure», *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 113-128.

JABERGHADERI N., GREENWALD R., RUBIN A., DOLATABADIM S. & ZAND S. O. (2004), «A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girl», *Clinical Psychology an Psychotherapy* , vol. 11, 5, p. 358-368.

JARERO I., ARTIGAS L., MAUER M., LOPEZ CANO T. & ALCALA N. (1999, nov.) «Childrens post-traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocols», caz clinic prezentat la întâlnirea anuală a International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, (Florida).

JENSMA J. (1999), Critical incident intervention with missionaries: A comprehensive approach», *Journal of Psychology & Theology*, 27, p. 130-138.

JOHNSON K. (1998), *Trauma in the Lives of Childre*, Alameda (California), Hunter House.

KASLOW F. W., NNURSE A. R. & THOMPSON P. (2002), «EMDR in conjunction with family systems», *în* F. Shapiro (dir.), *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, p. 289-318, Washington, D.C., American Psychological Association.

KEENAN P. & FARRELLI D. (2000), «Treating morbid jealousy with eye movement desensitization and reprocessing utilizing cognitive inter-weave: A case report», *Counselling Psychology Quarterly*, 13, p. 175-189.

KITCHINER N. & AYLARD P. (2002), «Psychological treatment of post-traumatic stress disorder: A single case study of a UK police officer», *Mintal Health Practice*, 5, p. 34-38.

KLEIKNECHT R. A. (1993), «Rapid treatment of blood and injenction phobias with eye movement desensitization», *Journal-of Behavior Therapy and Experimantal Psychiatry*, 24, p. 211-217.

KLEIKNECHT R. A. & REMGAN M. P. (1992), «Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing», *Journal of Behavior Therapy and Experimantal Psychiatry*, 23, p. 43-50.

KNIPE J., HARTUNG J., KONUK E., COLLELI G., KELLER M. 6ROGERS S. (2003, sept.), «EMDR Humanitarian assistance programs: Outcome research, models of training, and service delivery in New York, Latin America, Turkey, and Indonesia», colocviu ținut în timpul întâlnirii anuale a EMDR International Association, Denver (Colorado).

KORKMAZLER-ORAL U. & PAMUK S. (2002), «Group EMDR with child survivors of the earthquake in Turkey», Association for Child Psychiatry and Psychology, articol în afara seriei nr. 19, p. 47-50.

KORND L. & LEEDS A. M. (2002), «Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex post-traumatic stress disorder», *Journal of Clinical Psychology* , 58 (12), p. 1465-1487.

LAZROVE S. (1994, nov.) «Integration of fragmentd dissociated traumatic memories using EMDR», articol prezentat la a X-a întâlnire anuală a International Society for Traumatic Stress Studies, Chicago, (Illinois).

LAZROVE S. & FINE C. G. 81996), «The use of EMDR in patiens with dissociative identity disorder», *Dissociation*, 9, p. 289-299.

LEE C., GAVRIEL H., DRUMMOND P., RICHARDS J. & GREENWALD R. (2002), «Treatment of PTSD: Stress inoculation trening with prolonged exposure compared to EMDR» *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 1071-1089.

LEVIN C. (1993, iul/aug) «The enigma of EMDR», *Family Therapy Networker*, p. 75-83.

LIPKE H. (2002), «EMDR and Psychotherapy Integration: Theoretical and clinical suggestions with focus on traumatic stress», New York, CRC Press.

LIPKE H. & NOTKIN A. (1992), «Brief case studies of eye movement desensitization and reprocessing with chronic post-traumatic stress disorder», *Psychotherapy* , 29, p. 591-595.

LOVETT J. (1999), «Small Wonders: Healing childhood trauma with EMDR», New York The Free Press.

MADRID A., SKOLEK S. & SHAPIRO F. (în curs de apariție), «Repairing failures in bonding through EMDR», *Clinical Case Studies.*

MANFIELD P. (dir.) (1998), *Extending EMDR*, New York, Norton.

MANFIELD P. & SHAPIRO F. (2003), «The application of EMDR to the treatment of personality disorders», *in* J. F. Magnavita (dir.), *Hand-book of Personality: Theory and Practice*, New York, Wiley.

MARCUS S. V., MARQUIS P. & SAKAI C. (1997), «Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting», *Psychotherapy*, 34, p. 307-315.

MARQUIS J. N. & PUK G. (1994, nov.), «Dissociativ identity disorder: A common sense and cognitive-behavioral view», articol prezentat la reuniunea anuală a Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego (California).

McCANN D. L. (1992), Post-traumatic stress disorder due to devastating burns overcome Beverly a single session of eye movement desensitization», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, p. 319-323.

McCULLOUGH L. 82002), «Exploring change mechanism in EMDR applied to „small t trauma" in short term dynnamic psychotherapy: research questions and speculations», *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 1465-1487.

McNALLY V. J. & SOLOMON R. M. (1999, feb.), «The FBI's critical incident stress management program», *FBI Law Enforcement Bulletin*, p. 20-26.

MURIS P. & MERCKELBACH H. (1997), «Treating spider phobics with eye movement desensitization and reprocessing: A controlled study», *Behavioral and Cognitive Psychology* , 25, p. 39-50.

MURIS P. & MERCKELBACH H., VAN HAAFTEN H. & NAYER B. (1997), «Eye movement desensitization and reprocessing versus expusure in vivo», B*ritish Journal of Psychiatry*, 171, p. 82-86.

NADLER W. (1996), , EMDR: «Rapid treatment of panic disorder», *International Journal of Psichiatry*, 2, p. 1-8.

O'BRIEN E. (1993, nov-dec), «Pushing the panic button», *Family Therapy Networker*, p. 75-83.

PAGE A. C. & CRINO R. D. (1993), «Eye-movement desensitization: A simple treatment for post-traumatic stress disorder ?», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, p. 288-293.

PARNELL L. (1994, aug), «Treatment of sexual abuse survivors with EMDR: Two case reports», articol prezentat la a 102-a întâlnire anuală a American Psychological Association, Los Angeles.

PARNELL L. (1996), «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)and spiritual unfolding», T*he Journal of Transpersonal Psychology*, 28, p. 129-153.

PARNELL L. (1997), *Tranforming Trauma: EMDR* , New York, Norton.

PARNELL L. (1999), «EMDR in the Treatment of Adults Abused as Children», New York, Norton.

PAULSEN S. (1995). « Eye movement desensitization and reprocessing: its use in the dissociative disorders», *Dissociation*, 8, p. 32-44.

PELLICER X. (1993), « Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: A case report», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, p. 73-75.

POLLOCK P. (2000), «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD) following homicide», *Journal of Forensic Psychiatry*, 11, p. 176-184.

POWER K. G., McGOLDRICK T. & BROWN K. (2001, mai), «A controlled trial of eye versus imaginal exposure and cognitive restructuring, versus waiting list control in posttraumatic stress disorder», articol prezentat la European Society for the Traumatic Stress, Edimbourg (Scoția).

PROTINSKY H., SPARSK J. & FLEMKE K. (2001a), «Using eye movement desensitization and reprocessing: innovative clinical application», *Journal of Contemporary Psychotherapy* , 31, p. 125-135.

PROTINSKY H., SPARSK J. & FLEMKE K. (2001b), «Using eye movement desensitization and reprocessing to enhance treatment of couples», *Journal of Marital & Family Therapy*, 27, p. 157-164.

PUFFER M. K., GREENWALD R. & ELROD D. E. (1998), «A single sesion EMDR study with twenty traumatized children and adolescents», *Traumatology*, 3 (2), articolul 6.

PUK G. (1991a), «Treating traumatic memories: A case report on the eye movement desensitization procedure», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, p. 149-151.

PUK G. (1991b, nov), «Eye movement desensitization and reprocessing: Treatment of a more complex case, borderline personality disorder», articol prezentat la reuniunea anuală a Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

PUK G. (1992, mai), «The use of eye movement desensitization and reprocessing in motor vehicle accident trauma», articol prezentat la a VIII-a reuniune anuală a American College of Forensic Psychology, San Francisco, California.

RAY A. L. & ZBIK A. (2002), «Cognitive behavioral tharapies and beyond», *în* C. D. Tollison, J. R. Satterhwaite & J. W. Tollison(DIR.), *Practical Pain Management*, ediția a III. A, p. 189-208, Philadelphia, Lippincott.

RENFREY G. & SPATES C. R. (1994), «Eye movement desensitization and reprocessing: A partial dismantling procedure», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, p. 231-239.

RICCI R. (în curs de apariție), «Trauma resolution using eye movement desensitization and reprocessing with an incestuous sex offender: An instrument case study», *Clinical Case Studies*.

RITTENHOUSE J. (2000), «using eye movement desensitization and reprocessing to treat complex PTSD in a biracial client», *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* , 6, p. 399-408.

ROTHBAUM B. O. (1997), «A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disordered sexual assault victims», B*ulletin of the Menninger Clinic*, 61, p. 317-334.

ROUANZOIN C. (1994, mar), «EMDR: Dissociative disorders and MPD», articol prezentat la a XIV-a întâlnire anuală a Anxiety Disorders Association of America, Santa Monica (California).

RUSSELL A. & O'CONNOR M. (2002), «Interventions for recovery: The use of EMDR with children in a community-based project», Association for Child psychiatry and Psychology, articol în afara seriei nr. 19, p. 43-46.

SHECK M. M., SCHAFFER J. A. & GILLETTE C. S. 81998), «Brief psychological intervention with traumatizated young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing», *Journal of Traumatic Stress*, 11, p. 25-44.

SHAPIRO F. (1989a), «Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories», *Journal of Traumatic Stress*, 2 (2), p. 199-223.

SHAPIRO F. (1989b), «Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, p. 211-217.

SHAPIRO F. (1991), «Eye movement desensitization and reprocessing procedure: From EMD to EMDR: A new treatment model for anxiety and related trauma», *Behavior Therapist*, 14, p. 133-135.

SHAPIRO F. (1994), « Eye movement desensitization and reprocessing: A new treatment for anxiety and related trauma», *în* Lee Hyer (dir.), *Trauma Victim: Theoretical and practical suggestions*, p. 501-521, Muncie (Indiana), Accelerated Development Publishers.

SHAPIRO F. (1995), *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*, New York, Guilford press.

SHAPIRO F. (1999), « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical research implications of an integrated psychotherapy treatment», *Journal of Anxiety disorders*, 13, p. 35-67.

SHAPIRO F. (2001), *Eye movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols and procedures (ediția a II-a)*, New York, Guiford Press.

SHAPIRO F. (dir.) (2002), *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, Washtington, D.C., American Psychological Association Books.

SHAPIRO F.& FORREST M. (1997). *EMDR THE Breakthrough Therapy for overcoming Anxiety, Stress and Trauma*, New York, Basic Books.

SHAPIRO F. & SOLOMON R. (1995), «Eye movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive information processing», *în* G. Everley (dir.), *Innovations in Disaster and Trauma Psychology*, vol. 1, p. 216-237, Elliot City (Maryland), Chevron Publishing.

SHAPIRO F., VOGELMANN-SINE S. & SINE L. (1994), « Eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse», *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, p. 379-391.

SHUSTA-HOCHBERG S. R. (2003), «Impact of the World Trade Center disaster on a manhatan psychotherapy practice», *Journal of Trauma Practice*, 2, p. 1-16.

SILVER S. & ROGERS S. (2001), *Light in the Heart of Darkness: EMDR and the treatment of war and terrorism survivors*, New York, Norton.

SNYDER M. (1996), «Intimate partners: A context for the intensification and healing of emotional pain, , *Women and Therapy*, 19, p. 79-92.

SOBERMAN G. B., GREENWALD R. & RULE D. L. (2002), «A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems», *Journal of Aggresion, Maltreatment, and Trauma*, 6, p. 217-236.

SOLOMON R. M. (1994, iun), « Eye movement desensitization and reprocessing and treatment of grief», articol prezentat la a IV-a conferință internațională despre tristețe și doliu în societatea contemporană, Stockholm.

SOLOMON R. M. (1995, feb), «Critical incident trauma: Lesson learned at Waco, Texas», articol prezentat la Law Enforcement Psychology Conference, San Mateo, (California).

SOLOMON R. M. (1998), «Utilization of EMDR in crisis intervention», *Crisis Intervention*, 4, p. 239-246.

SOLOMON R. M. & DYREGROV A. (2000), « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Rebuilding assumptive words», *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, p. 1024-1030.

SOLOMON R. M. & KAUFMAN T. E. (1994, mar), « Eye movement desensitization and reprocessing: An effective addition to critical incident treatment protocols», articol prezentat la a XIV-a întâlnire anuală a Anxiety Disorders Association of America, Santa Monica, (California).

SOLOMON R. M. & KAUFMAN T. E. (2002), «A peer support workshop for the treatment of traumatic stress of railroad personnel: Contribution of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)», *Journal of Brief Therapy*, 2, p.27-33.

SPATES R. C. & BURNETTE M. M. (1995), « Eye movement desensitization and reprocessing: Three unusual cases», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, p. 51-55.

SPECTOR J. & HUTHWAITE M. (1993), « Eye-movement desensitization to overcoming post-traumatic stress disorder», *British Journal of Psychiatry*, 163, p. 106-108.

SPRANG G. (2001), «The ude of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes», *Research on Social Work Practice*, 11, p. 300-320.

STEWART K. & BRAMSON T. (2000), «Incorporating EMDR in residential treatment», *Residential Treatment for Children & Yout*, 17, p. 83-90.

TAYLOR R. (2002), «Family unification with reactive attachment disorder: A brief treatment», *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24, p. 475-481.

THOMAS R. & GAFNER G. (1993), «PTSD in an elderly male: Treatment with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)», *Clinical Gerontologist*, 14, p. 57-59.

TINKER R. H. & WILSON S. A. (1999), *Trough the Eyes of a Child: EMDR with children*, New York, Norton.

TWOMBLY J. (2000), «Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder», *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, p. 61-81.

VAUGHAN K., ARMSTRONG M. F., GOLD R., O'CONNOR N., JENNEKE W. & TARRIER N. (1994), «A trial of eye movement desensitization compared to image habituation trening and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder», *Journal of Behavio Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, p. 283-291.

VAUGHAN K.,WIESE M., GOLD R. & TARRIER N. (1994), «Eye-movement desensitization: Symptom change in post-traumatic stress disorder», B*ritish Journal of Psychiatry*, 164, p. 533-541.

VOGELMANN-SINE S., SINE L. F., SMYTH N. J. & POPKY A. J. (1998), *EMDR Chemical Dependency Treatment Manual*, New Hope (Pennsylvania), EMDR Humanitarian Assitence Programs.

WERNIK U. (1993), «The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure», *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, p. 212-222.

WHITE G. D. (1998), «Trauma treatment trening for Bosnnian and Croatian mintal helth workers», *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, p. 928-937.

WILSON S. A., BECKER L. A. & TINKER R. H. (1995), « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 63, p. 928-937.

WILSON S. A., BECKER L. A. & TINKER R. H. (1997), «Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, p. 1047-1056.

WILSON S. A., BECKER L. A. & TINKER R. H. & LOGAN C. R. (2001), «Stress management with law enforcement personnel. A controlled outcome study of EMDR

versus a traditional stress management program», *International Journal of Stress Management*, 8, p. 179-200.

WILSON S. A., TINKER R., BECKER L. A., HOFMANN A. & COLE J. W. (2000, sep), «EMDR treatment of phantom limb pain with brain imaging (MEG)», articol prezentat la reuniunea anuală a EMDR International Association, Toronto (Canada).

WOLPE J. & ABRAMS J. (1991), «Post-traumatic stress disorder overcome Beverly eye movement desensitization: A case report», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 39-43.

YOUNG W. (1994), «EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality», *Dissociation*, 7, p. 129-133.

YOUNG W. (1995), «EMDR: Its use in resolving the trauma caused Beverly the loss of a war buddy», *American Journal of Psychotherapy*, 49, p. 282-291.

ZABUKOVEC J., LAZROVE S. & SHAPIRO F. (2000), «Self-healing aspects of EMDR: The therapeutic change proces and perspective of integrated psychotherapies», *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, p. 189-206.

Anexa C

EMDR: descoperiri făcute de cercetarea traumatismelor şi alte lecturi

Această anexă descrie pe scurt conținutul studiilor publicate despre eficiența EMDR în tratarea persoanelor traumatizate. Lista de mai jos include două studii făcute cu veterani, care arată derularea tratamentului EMDR. Recomandarea Societății Internaționale pentru Studiul Stresului Traumatic consideră defectuoase toate celelalte studii asupra stresului războiului pentru scurtimea prea mare a tratamentului. *Recomandare unei bune practici clinice (Practice Guideline)* publicată de Ministerul Apărării Statelor Unite şi Ministerul Veteranilor declară că aceste studii sunt făcute pe o durată insuficientă de tratament. De fapt, victimele traumatismelor multiple nu trebuie să primească aceeaşi durată de tratament ca şi victimele unui singur traumatism: trebuie abordate amintirile multiple. Analiza componentelor, cercetările care au studiat importanța mişcărilor oculare şi cercetările asupra fobiilor sunt trecute pe scurt în anexa D.

Recomandări internaționale de tratament

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2004), *Practice Guideline for the Treatment of Patiens with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*, Arlington (Virginia): American Psychiatric Association Practice Guidelines.
EMDR este clasată în rând cu TCC (terapia cognitiv-comportamentală) ca un tratament eficient al simptomelor SSPT, atât acute cât şi cronice.

BLEICHA., KOTLER M., KUTZ E. & SHALEV A. (2002), «Aposition paper of the (Israeli) National Council for mintal Health», Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community.
EMDR este o metodă din cele trei recomandate pentru tratarea victimelor actelor teroriste.

CHAMBLESS D. L. Et. al. (1998), «Update on empirically validated therapies, II», *The Clinical Psychologist*, 51 (1), p. 3-6.
Conform unui grup de lucru al diviziei clinice a Asociației Americane de Psihologie, singurele metode cărora li se recunoaște empiric valoarea în tratamentul oricărei populații de victime ale sindromului de stres post-traumatic erau EMDR, terapia prin expunere și terapia prin inocularea stresului.

CREST (2003), «The management of post-traumatic stress disorder in adults», publicație a Clinical resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Departament of Health, Social Services and Public Safety, Belfast.
Printre toate psihoterapiile, EMDR și TCC (terapia cognitiv-comportamentală) sunt considerate de acest studiu ca tratamente opționale pentru victimele traumatismului.

Department of Veteran Affairs and Department of Defense (2004), VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress, www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm.
EMDR este una dintr cele patru terapii cărora studiul le recunoaște cel mai înalt grad de eficacitate și pe care o recomandă pentru tratamentul sindromului de stres post traumatic

Dutch National Steering Committee Guidelines Mintal Health Care (2003), *Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorder*, Utrecht, Quality Institute Heath Care CBO/Trimbos Institute.
EMDR și TCC sunt două tratamente la alegere pentru sindromul de stres post-traumatic

FOA E. B., KEANE T. M. & FRIEDMAN M. J. (2000), «Effective treatments for PTSD», *Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*, New York, Guilford Press.
Recomandarea unei bune practici clinice a societății internaționale pentru studiul stresului traumatic consideră EMDR ca un tratament eficient al sindromului de stres post-traumatic.

INSERM (2004), *Psychothérapies, trois approches évaluées*, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris.
Printre cele trei forme de psihoterapie studiate, EMDR și TCC sunt considerate drept tratamente la alegere pentru victimele traumatismului.

SJÖBLOM P. O., ANDREIEWITCH S., BEJEROT S., MÖRTBERG E., BRINCK U., RUCK C. & KÖRLIN D. (2003), *Regional Tretment Recommendation for Anxiety Disorders*, Stockholm, Medical program Committee/Stockholm City Council.
Printre toate terapiile, EMDR și TCC sunt recomandate ca tratamente la alegere pentru sindromul de stres post-traumatic.

THERAPY ADVISOR (2004): *www.therapyadvisor.com*
Acest site sponsorizat de NIMH (National Institut of Mintal Health) dă o listă cu tehnici de tratament empiric stabilite pentru o serie întreagă de boli. EMDR este unul din trei inventariate pentru tratamentul SSPT.

United Kingdom Department of Health (2001), Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling Evidence Based Clinical Practice Guideline, Londra.
Acest studiu stabilește că cele mai bune rezultate au fost obținute de EMDR, terapia prin expunere și inocularea stresului.

Meta-analize

DAVIDSON P. R. & PRKER K. C. H. (2001), «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis», *Journal of Cosulting and Clinical Psychology* , 69, p. 305-316.
EMDR este considerată de acest studiu echivalentă expunerii și altor tratamente cognitive și compotamentale. E bine de subliniat că terapia prin expunere cere una sau două ore pe zi de lucru acasă, în timp ce EMDR nu cere niciuna.

MAXFIELD L. & HYER L. A. (2002), «The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD», *Journal of Clinical Psychology* , 58, p. 23-41.
O meta-analiză globală care arată că un studiu este cu atât mai riguros cu cât efectul tratamentului este mai larg.

VAN ETTEN M. & TAYLOR S. (1998), «Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis», *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, p. 126-144.
Această meta-analiză a arătat că EMDR și terapia comportamentală sunt superioare medicamentelor psihotrope. EMDR e mai eficientă decât terapia comportamentală, cu rezultate obținute de trei ori mai rapid.

Teste clinice randomizate

CARLSON J. G., CHEMTOB C. M., RUSNAK K., HEDLUND N. L. & MURAOKA M. Y. (1998), « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder» *Journal of Traumatic Stress*, 11, p. 3-24.
Douăsprezece ședințe de EMDR au eliminat stresul post traumatic la 77% dintre veteranii politraumatizați studiați. La interviul de control, efectele pozitive erau menținute. Este singurul studiu randomizat care prezintă în totalitate tratamentul cu veterani. Alte studii (de exemplu cel al lui Macklin *et.al.*) evaluează tratamentul a una sau două amintiri numai, ceea ce este impropriu pentru politraumatisme, după recomandarea Ministerului Veteranilor și Ministerului Apărării, ca și al Societății Internaționale pentru Studiul Stresului Traumatic.

CHEMTOB C. M., NAKASHIMA J., HAMADA R. S. & CARLSON J. G. (2002), «Brief treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: A field study», *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 99-112.

În termenii acestui studiu, EMDR este considerată ca un tratament eficient pentru copiii care suferă de sindrom de stres post-traumatic ca urmare a unei catastrofe, și care nu au reacționat la o altă formă de intervenție. E vorba de primul studiu controlat despre sindromul de stres post-traumatic ce urmează unei catastrofe, și este primul studiu controlat referitor la tratamentul copiilor ce suferă de sindrom de stres post-traumatic.

EDMOND T., RUBIN A. & WAMBACH K. G. (1999), «The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse», *Social Work Research*, 23, p. 103-116.
Cu tratamentul EMDR s-au obținut note mai scăzute (adică mai puține simptome clinice) în grupul de patru măsurări ale rezltatelor la controlul la trei luni, decât cu tratamentul clasic. Grupul EMDR avea ameliorate și notele la toate măsurările standardizate în cursul controlului la optsprezece luni (Edmond & Rubin, 2004, *Journal of Child Sexual Abuse).*

EDMOND T., SLOAN L. & McCARTY D. (2004), «Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic tharapy: A mixed. Methods study», *Research on Social Work Practice*, 14, p. 259-272.
Combinație de analiză calitativă și cantitativă a rezultatelor tratamentului, acest articol va avea importante implicații în planul rigorii cercetărilor viitoare. Relatările celor ce au suferit abuzuri sexuale arată că EMDR, angajată singură, rezolvă profund traumatismul; în terapiile mai eclectice, pacienții acordă o mai mare importanță relației lor cu terapeutul, grație căruia ei învață strategii eficiente de gestionare a traumatismului.

IRONSON G. I., FREUND B., STRAUSS J. L. & WILLIAMS J. (2002), «A comparison of two treatments for traumaatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure», *Journal of Clinical Psychology* , 58, p. 113-128.
Atât EMDR cât și expunerea prelungită au antrenat o reducere importantă a sindromului de stres post-traumatic și simptomelor depresive. Studiul arată că 70% dintre persoanele tratate cu EMDR au obținut un rezultat bun în trei ședințe de tratament, contra 29% al celor care au fost tratați prin expunere prelungită. În EMDR, pe de altă parte, există mai puține defecțiuni pe parcursul tratamentului.

JABERGHADERI N., GREENWALD R., RUBIN A., DOLATABADIM S. & ZAND S. O. (2004), «A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls», *Clinical Psychology and Psychotherapy* , vol. 11, 5, p. 358-368.
EMDR și TCC au produs o importantă reducere a sindromului de stres post-traumatic și a problemelor de comportament. EMDR a fost semnificativ mai eficientă, fiind necesare aproximativ două ședințe pe lună pentru a obține rezultatele.

LEE C., GAVRIEL H., DRUMMOND P., RICHARDS J. & GREENWALD R. (2002), «Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation trening with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing», *Journal of Clinical Psychology* , 58, p. 1071-1089.
Atât EMDR cât și terapia prin inoculare a stresului cu expunere prelungită (TISEP) au produs o ameliorare semnificativă, EMDR menținând o ameliorare superioară în ceea ce privește simptomele intruzive ale sindromului de stres post-traumatic. Participanții tratați

cu EMDR arătau, la controlul după trei luni, beneficii superioare. EMDR cerea 3 ore de exerciții la domiciliu, contra 28 pentru TISEP.

MARCUS S. V., MARQUIS P. & SAKAI C. (1997), Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting», *Psychotherapy* , 34, p. 307-315.
Studiu subvenționat de Kaiser Permanente*. Rezltatele arată că 100% dintre participanții suferind de un singur traumatism și 80% dintre cei ce sufereau de mai multe traumatisme nu mai erau considerați suferind de sindrom de stres post-traumatic după șase ședințe EMDR de câte 50 de minute.

MARCUS S. V., MARQUIS P. & SAKAI C. (2004), «Three-and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting», *International Journal of Stress Management*, 11, p. 195-208.
Aceată evaluare a urmărilor, subvenționată de Kaiser Permanente, arată că un număr relativ restrâns de ședințe EMDR a produs beneficii substanțiale care s-au menținut în timp.

POWER K. G., McGOLDRICKT., BROWN K. *et. al. (2002)*, «A controled comparison of Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder», *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy* , 9, p. 299-318.
Atât EMDR cât și terapia prin expunere cu restructurare cognitivă au adus o ameliorare importantă. EMDR s-a arătat mai benefică pentru depresie; ea a cerut mai puține ședințe, fără travaliu la domiciliu.

ROTHBAUM B. O. (1997), «A controled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disordered sexual assault victims» *Buletin of the Menninger Clinical* , 61, p. 317-334.
Trei ședințe de câte 90 de minute au eliminat sindromul de stres post-traumatic la 90% dintre victimele violului.

SCHECK M. M., SCHAEFFER J. A. & GILLETTE C. S. (1998), «Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing», *Journal of Traumatic Stress*, 11, p. 25-44.
Două ședințe de EMDR au redus notele de evaluare a detresei psihologice la tinere femei traumatizate și le-a readus la lucru cu normă întreagă.

SHAPIRO F. (1989), «Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories», *Journal of Traumatic Stress*, 2 (2), p. 199-223.
Acest studiu a apărut în același an cu primele studii controlate despre terapia cognitiv-comportamentală. O continuare după trei luni arăta efectele importante asupra detresei și tulburărilor de comportament. Studiul e deformat prin absența măsurătorilor standardizate și prin faptul că fondatoarea EMDR este singurul terapeut al studiului.

---

* Importantă asociație nord americană de sănătate privată cu scop non lucrativ, având o notabilă rețea de instituții de tratament de-a lungul Statelor Unite.

SOBERMAN G. B., GREENWALD R. & RULE D. L. (2002); «A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems», *Journal of Aggression, Maltreatment, an Trauma*, 6, p. 217-236.
Adaosul a trei ședințe de EMDR a produs reduceri importante și semnificative ale detresei legate de amintiri și problemele de comportament la controlul făcut după două luni.

TAYLOR S. *et. al.* (2003), «Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation trening», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 71, p. 330-338.
Singurul studiu randomizat ce arată superioritatea expunerii în comparație cu EMDR pentru două sub-scale (din zece). Acest studiu a pus în aplicare *in vivo* expunerea cu asistența terapeutului, care punea persoana în împrejurările pe care le evita până atunci, plus expunere la imagini și o oră de travaliu personal acasă (aproximativ 40 de ore). Grupul tratat în EMDR nu a utilizat decât ședințe standard și nici un travaliu la domiciliu.

VAUGHAN K., ARMSTRONG M. F., GOLD R., O'CONNOR N., JENNEKE W. & TARRIER N. (1994), «A trial of eye movement desensitization compared to image habituation trening and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder» *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, p. 283-291.
Toate formele de tratament au antrenat diminuări importante ale simptomelor sindromului de stres post-traumatic pentru subiecții incluși în grupurile de terapie, prin comparație cu cei care erau pe lista de așteptare, cu o diminuare superioară în grupul EMDR, în particular cu referire la simptomele intruzive. În cursul a două sau trei săptămâni de tratament, cei din celelalte două forme de terapie, cuprinzând de la 40 la 60 de minute suplimentare de tratament cotidian la domiciliu.

WILSONS. A., BECKER L. A. & TINKER R. H. (1995), « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for psychologically traumatized individuals», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, p. 928-937.
Trei ședințe EMDR au produs, conform multiplelor măsurări, schimbări clinice semnificative la civili traumatizați.

WILSONS. A., BECKER L. A. & TINKER R. H. (1997), «Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 65, p. 1047-1056.
Controlul după cincispreze luni a arătat conservarea efectelor pozitive ale tratamentului cu 84% remisie a diagnosticului de sindrom de stres post-traumatic.

Studii non randomizate

DEVILLY G. J. & SPENCE S. H. (1999), «The relative efficacy and treatmnet distress of EMDR and cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder», *Journal of Anxiety Disorders*. 13, p. 131-157.
Singura cercetare despre EMDR care a găsit o superioritate a TCC față de EMDR. Studiul este deformat de o aplicare proastă a tratamentului și de o așteptare superioară în grupul TCC. Tratamentul a fost condus în două grupuri de către creatorul protocolului TCC.

FERNANDEZ I., GALLINARI E. & LORENZATTI A. (2004), «A school based EMDR intervention for children who witnesse the Pirelli building airplane crash in Milan, Italy», *Journal of Brief Therapy*, 2, p. 129-136.
O intervenție EMDR de grup a fost făcută cu 236 de copii de vârstă școlară prezentând simptome de stres post-traumatic la trei zile după incidentul declanșant. În timpul controlului făcut la patru luni, corpul didactic relata că toți copiiii, mai puțin doi, au prezentat o întoarcere la starea normală după tratament.

GRAINGER R. D., LEVIN C., ALLEN-BYRD L., DOCTOR R. M. & LEE H. (1997), «An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster», *Journal of Traumatic Stress*, 10, p. 665-671.
Un studiu realizat cu cei ce au scăpat în urma uraganului Andrew a găsit importante diferențe pe scala de impact a evenimentului (impact of event scale) și în evaluarea subiectivă a detresei comparând grupul tratat cu EMDR cu un altul fără tratament.

PUFFER M. K., GREENWALD R. & ELROD D. E. (1998), «A single sesion EMDR study with twenty traumatized children and adolescents», *Traumatology*, 3 (2), articolul 6.
În această comparație întârziată a tratamentului, mai mult de jumătate dintre participanți au trecut de la nivelul patologic la nivelul normal pe scala de impact al evenimentului, și toți, mai puțin trei, au arătat o ameliorare parțială a simptomelor lor după mai multe măsurări, la trei luni după o unică ședință EMDR.

SILVER S. M., BROOKS A. & OBENCHAIN J. (1995), « Eye movement desensitization and reprocessing treatment of Vietnam war veterans with PTSD: Comparative effects with biofeedback and relaxation trening», *Journal of Traumatic Stress*, 8, p. 337-342.
Unul dintre singurele două studii despre EMDR evaluând derularea clinică corectă a tratamentului EMDR cu veterani (adică mai mult de două amintiri; cf. Carlson *et.al.*, de mai sus). Analiza unui program spitalicesc de tratament pentru veteranii suferind de sindrom de stres post-traumatic (la o sută de subiecți) a arătat că EMDR era mult superioară biofeedback-ului și antrenamentului de relaxare pentru șapte măsurări din opt.

SILVER S. M., ROGERS S., KNIPE J. & COLELLI G. (în curs de apariție), «EMDR therapy foollowing the 9/11 terrorist attaks: A community-based intervention project in New York City», *International Journal of Stress Management*.
Clienții au obținut ameliorări semnificativ superioare ale stării lor într-o serie întreagă de variabile, printre cele măsurate psihometric validate și de scalele de autoevaluare.

Analizele datelor stabileau că EMDR este o intervenție terapeutică utilă, la fel de bine imediat după catastrofă (aici atacul terorist din 11 Septembrie) cât și mai târziu.

SOLOMON R. M. & KAUFMAN T. E. (2002), «A peer support workshop for the treatment of traumatic stress of railroad personnel: Contributions of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)», *Journal of Brief Therapy*, 2, p. 27-33.
S-au evaluat rezultatele unui atelier terapeutic și efectele suplimentare ale EMDR cu șaizeci de angajați feroviari care au avut accidente mortale pe calea ferată. Chiar dacă atelierul a fost o reușită, în acest cadru, ajutorul unei scurte ședințe de EMDR (între 5 și 40 de minute) a produs note subclinice semnificativ mai coborâte, care erau încă și mai diminuate în timpul controlului.

SPRANG G. (2001), «The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mouring: Psychological and behavioral outcomes», *Research on Social Work Practice*, 11, p. 300-320.
În acest studiu, EMDR a redus semnificativ simptomele mai des decât tratamentul prin TCC pentru măsurări comportamentale și pentru patru din cinci măsurări psihosociale. EMDR era mai eficientă, inducând schimbarea mai repede și în mai puține ședințe.

Tratamentul informațiilor, procedură și mecanism de acțiune a EMDR

EMDR comportă numeroase proceduri şi elemente care contribuie la efectele tratamentului. Chiar dacă metodologia sa a fost validată extins (vezi mai sus), subzistă întrebări referitoare la mecanismul de acțiune. Pentru a explica efectele clinice ale EMDR şi a ghida practica terapeutică, ne referim la un model de tratament al informațiilor (Shapiro 2001, 2002). Acest model nu are legătură cu mecanisme neurobiologice precise, în măsura în care ştiința este şi astăzi încă în imposibilitatea de a determina ce se întâmplă, în plan neurobiologic, în cursul unei psihoterapii oarecare (ca în cursul numeroaselor tratamente medicamentoase). Totuşi, cum EMDR a obținut rezultate clinice fără să aibă nevoie să recurgă la travaliul la domiciliu sau la concentrarea mentală prelungită care se utilizează în terapiile prin expunere, atenția este îndreptată asupra procesului neurobiologic care putea fi evocat. Chiar dacă mişcările oculare (şi alte forme de stimulare bilaterală) nu constituie decât un element de procedură, acest element este cel ce a fost cel mai mult examinat. Vom găsi după această secțiune o listă de studii controlate care au cercetat mecanismul de acțiune al mişcărilor oculare.

MAC CULLOCH M. J., FELDMAN P. & WILKINSON G. (1996), « Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral elements of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: A theoretical analysis», *British Journal of Psychiatry*, 169, p. 571-579.
Unul dintre articolele ce postulează că intervine o recție de orientare (cf. Shapiro 2001, pentru o privire globală asupra teoriilor și pentru sugestii ale parametrilor de studiu). Această teorie a fost coroborată cu anumite studii controlate (Barrowcliff *et.al.* 2003, 2004).

PERKINS B. R. & ROUANZOIN C. C. (2002), «A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion» *Journal of Clinical Psychology* , 58, p. 77-97.
Găsim în literatura tehnică numeroase exemple de idei greşite create şi întreţinute în jurul EMDR . Acest articol e un fapt critic complet. Articolul e disponibil la adresa *www.perkinscennter.net* (în engleză).

RAY A. L. & ZBIK A. (2001), «Cognitive behavioral therapies and beyond», *în* C. D. Tollison, J. R. Satterwaite & J. W. Tollison (dir.), *Practical pain management*, ediţia a III-a, p. 189-208, Philadelphia, Lippincott.
Alţii arată că utilizarea EMDR, ghidată de modelul său de tratament al informaţiilor, aduce pacienşilor cu dureri cronice beneficii pe care nu le găsesc în alte forme de tratament.

ROGERS S. & SILVER S. M. (2002), «Is EMDR an exposure therapy ? A review of trauma protocols», *Journal of Clinical Psychology* , 58, p. 43-59.
Comparaţie detaliată a teroriei, practicilor şi procedurilor EMDR şi terapiilor prin expunere.

SHAPIRO F. (2001), Eye Movement Desensitization and Rprocessing: Basic principles, protocols and procedures, New York, Guilford Press (ediţia a doua).
EMDR este o formă de terapie, în opt etape, care consideră că procedurile şi protocoalele standardizate au efecte terapeutice. Acest text dă descrieri, ca şi transcrieri clinice ale extraselor unor şedinţe.

SHAPIRO F. (dir.) (2002), EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of diverse orientation explore the paradigm prism, Washington D.C., American Psychological Association Books.
EMDR este o abordare integrativă care diferă de alte forme de psihoterapie. Experţi din branşă, cei mai importanţi din psihoterapie, identifică şi clarifică diferite elemente de procedură.

SHAPIRO F. (dir.), *EMDR for Trauma: Eye movement desensitization and reprocessing*, American Psychological Association, «Psychotherapy Videotape», seria a II-a.

SHAPIRO F., MAXFIELD L. (2002), « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), *în* M. Hersen & W. Sledge (dir.), *Encyclopedia of Psychotherapy* , New York, Elsevier Science, vol. 1, p. 777-785.
EMDR este o formă de terapie, în opt etape, care reuneşte anumite aspecte din toate marile curente ale psihologiei. Ea a fost validată de cercetări controlate, care au stabilit eficinţa sa în tratamentul sindromului de stres post-traumatic

STICKGOLD R. (2002), «EMDR: A putative neurobiological mechanism of action», *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 61-75.
Expune elemente de neurobiologie şi ale sistemulor mnezice corespondente implicate în modul de acţiune al EMDR.

Anexa D
Cercetări recente şi puncte de controversă

Cum unul dintre obiectivele aceste lucrări este a ajuta terapeuţii dându-le culegeri de cazuri clinice, această anexă este inclusă aici pentru a aborda anumite puncte de confuzie din literatura de specialitate. Ea propune o rapidă trecere în revistă a studiilor făcute pe doi subiecţi în timpul primei ediţii a acestei cărţi. Vom găsi în anexa B şi alte rapoarte şi studii de caz controlate pentru o serie întreagă de aplicaţii ale EMDR.

Studiile referitoare la fobii şi crize de angoasă

Când protocolul pentru fobie a fost integral utilizat în studiile unor cazuri de fobie dentară şi îngrijiri medicale [1] [2], au fost obţinute rezultate bune [3] (vezi alte cazuri în anexa B). Utilizarea protocolului în totalitatea sa, ca şi rezultatele obţinute, contrazic numeroase teste clinice randomizate făcute de o echipă de cercetare pentru evaluarea eficienţei tratamentului fobiei de păianjeni [4] [5] [6]. După aceste studii, EMDR era mai puţin eficientă pentru eliminarea acestei fobii decât terapia prin expunere *in vivo*, care pune clienţii în realitate în prezenţa păianjenilor. Un deficit major al acestui studiu rezidă în faptul că ea nu utiliza integral protocolul de tratament EMDR [7] *

Pe de altă parte, faptul de a urma protocolul de tratament prin expunere pentru evaluarea rezultatelor după tratament fac dificilă determinarea a ceea ce determină efectele observate: atunci când participanţii din două grupuri spuneau că nu mai suferă de această fobie, şi că măsurătorile psihologice ale reacţiei erau identice, membrii grupului «expunere» erau de acord să se apropie mai mult decât ceilalţi de un păianjen în cursul unui test.

O explicaţie plauzibilă a acestui rezultat este că păianjenul de care trebuia să se apropie în timpul testului de comportament post-tratament era acelaşi păianjen

* O explorare oarbă a tuturor cercetărilor publicate despre fobii a arătat că pe măsură ce urmăm etapele protocolului EMDR compus din 11 etape, rezultatele vor fi mai bune. Dacă oricare dintre aceste etape nu e urmată, nu se obţine nici un rezultat. Studiile incluzând doar câteva dintre aceste etape obţineau rezultate moderate. Cele ce urmează toate etapele obţin eliminarea problemei.

(nepericulos) cu care se lucrase în cursul fazei de tratament prin expunere chiar înainte de testare. Era pentru prima dată când participanții la grupul EMDR erau expuși unui păianjen. Din nefericire, aceste studii au rămas până la urmă fără control, iar efectele la întâlnirile ulterioare cu păianjeni, în viața curentă, nu au fost evaluate.

Pentru terapeut, posibilitatea utilizării din plin a unei terapii particulare este un element de luat în serios când alege o formă de tratament. Deseori e imposibil pentru terapeuți de utilizat expunerea *in vivo*, în măsura în care ei nu pot avea un acces facil la obiectele fobice (de exemplu păianjenii) în cadrul cabinetului lor. La fel, unele fobii se limitează la evenimente precise (furtunile, de exemplu) sau la locuri speciale (podurile), care, nici ele, nu sunt chiar disponibile. EMDR poate fi astfel o terapie mai practică, pentru că procedurile de expunere *in vivo* pot fi prescrise ca teme de lucru la domiciliu [8]. În acest mod, clienții au o experiență care le dovedește că o catastrofă de care se temeau nu se mai produce, ceea ce îi întărește în înțelegerea faptului că frica lor este nefondată. Totuși, spre deosebire de terapiile standard prin expunere, aceste teme la domiciliu nu încep în EMDR până când clientul nu mai simte frica de întâlnirea cu obiectul de care se temea.

Trei studii au fost făcute despre tratamentul EMDR al tulburărilor de panică. Primele două studii erau preliminare [9] [10] și ofereau un tratament scurt (șase ședințe) pentru tulburările de panică. Rezultatele erau promițătoare, dar limitate de scurtimea tratamentului. Feske și Goldstein [11] scriau: «Chiar zece până la șaisprezece ședințe dintre cele mai puternice tratamente au foarte rar drept rezultat normalizarea simptomelor de panică, în particular atunci când acestea se complică cu agorafobie» (p. 1034). Ameliorările resimțite de persoanele tratate cu EMDR persistă trei luni după tratament. Al treilea studiu [12] a fost făcut pentru a studia beneficiile unei terapii mai lungi. Totuși, acest studiu a schimbat ținta sa și a tratat pacienți agorafobici. Pacienții suferinzi de tulburare de panică cu agorafobie nu răspundeau prea bine la EMDR. Goldstein [13] avansează ideea că acești participanți aveau nevoie de o preparare mai completă decât cea pe care studiul o propunea. Nici un studiu nu a comparat direct EMDR cu alte forme de terapie pentru aceste tulburări.

Cercetarea rolului mișcărilor oculare

În 1989, Francine Shapiro [14] [15] [16] remarca faptul că emoțiile neplăcute ce acompaniază gândurile tulburătoare dispăreau atunci când ochii săi făceau spontan du-te-vino de la stânga la dreapta și de la dreapta la stânga. Ea a început să facă încercări și a observat că, atunci când alții făceau mișcări oculare, emoțiile care-i tulburau se ameliorau și ele. Ea a făcut atunci un studiu de caz [17] și un studiu controlat [18], care coroborau teoria sa conform căreia mișcările oculare scădeau nivelul de detresă provocată de amintirile traumatice. Ideea că mișcările oculare puteau altera pattern-urile de gânduri era deja studiată înainte. O serie de experiențe [19] [20] au revelat că mișcările oculare spontane erau concomitente cu emoțiile dezagreabile și schimbările de ordin cognitiv.

De atunci, un mare număr de cercetări au fost făcute numai despre mişcările oculare. Înainte ca noi să expunem aceste informaţii, cititorul trebuie să păstreze în memorie că EMDR este o psihoterapie care cuprinde şi componente active, printre cele ale mişcărilor ochilor. Dacă ne referim la recomandările Societăţii Internaţionale pentru Studiul Stresului Traumatic (ISTSS), cercetările componentelor sunt însoţite de erori şi ele trebuie ameliorate [21]. Totuşi, EMDR nu este unică, în sensul că nici o formă de terapie nu este definitiv evaluată în planul calităţilor particulare pe care le prezintă şi care se dovedeşte cea mai utilă. Analizele componentelor ajută la rafinarea procedurilor şi împinge mai departe înţelegerea faptului că noi avem aspecte neurobiologice de schimbare, dar ele nu pot ghida practica clinică, decât dacă ele sunt făcute urmând standardele clinice şi ştiinţifice riguroase.

Pentru moment, pentru a oferi cel mai bun ajutor clienţilor, toate formele de terapie empiric validate trebuie să fie făcute cu toate componentele lor, pentru că aşa au fost considerate eficiente de studierea rezultatelor.

Cum e regula pentru toate formele complexe de terapie, este important ca cercetările diverselor componente ale EMDR să fie făcute pe un număr important de participanţi, prezentând dificultăţi pertinente [22]. Cercetătorii care se împovărează cu terapia trebuie să urmărească toate etapele protocolului EMDR şi să ofere participanţilor un tratament suficient de lung [23]. Numai atunci vom putea evalua efectele elementelor specifice ale EMDR.

Aceleaşi erori au fost comise înainte în evaluarea a numeroase componente ale psihoterapiei. De exemplu, evaluarea unei forme de terapie numită «desensibilizare sistematică» a fost însoţită de erori similare [24].

În cazul EMDR, trei tipuri diferite de studii au considerat această chestiune.

Când rezultatele nu sunt însoţite într-un mod adaptat, se poate ajunge la confuzii importante. De exemplu, în meta-analiza lui Davidson şi Parker [25], toate studiile publicate despre EMDR între 1988 şi 2000 au fost examinate pentru a determina dacă mişcările oculare erau cu adevărat necesare. EMDR cu mişcări oculare nu părea mai eficientă decât fără mişcări oculare, când luăm în considerare toate tipurile de studii. Totuşi, când examinăm rezultatele anumitor tipuri de studii ale componentelor, EMDR cu mişcări oculare este semnificativ superioară EMDR fără mişcări oculare.

Studiile publicate în legătură cu rolul EMDR sunt în număr de douăzeci. În general, ele au comparat EMDR cu mişcări oculare la un grup de control unde componentele erau modificate (de exemplu, EMDR cu privirea fixă şi imobilă).

Aceste studii sunt de patru tipuri: 1) studii de caz, 2) studii ale componentelor cu participanţi clinici, 3) studii ale componentelor cu participanţi similari non-clinici, şi 4) studii despre acţiunea unei componente în care mişcările oculare sunt studiate izolat.

Studiile de caz

Dintre cele patru studii de caz ce evaluează efectele adaosului de mişcări oculare în procesul terapeutic, trei consideră că mişcările oculare ameliorează terapia. Pentru

Montgomery şi Ayllon [26], mişcările oculare erau necesare la obţinerea de rezultate terapeutice la cinci din şase pacienţi civili studiaţi cu sindrom de stres post-traumatic.

Ei scriau că această adăugare de componente cu mişcări oculare care «a produs reduceri importante pe care le observăm în raport cu evaluarea propriei lor detrese prezentate înainte de către pacienţi. Aceste rezultate se reflectă în reducerea observată a excitaţiei psihofiziologice» (p. 228).

Pentru Lohr şi Kleinknecht [27], «adăugarea de mişcări oculare pare să aibă un efect distinct în reducerea nivelului de evaluare {*SUD*}»(p. 149).

Într-un alt studiu, Lohr, Tolin şi Kleinknecht [28] au tratat doi subiecţi claustrofobici şi şi-au dat seama că detresa subiecţilor era substanţial scăzută începând cu momentul în care mişcările oculare erau adăugate la restul procedurii EMDR. Al patrulea studiu [29] nu a urmat protocolul standard al EMDR pentru fobii, şi nici procedurile standard de acces la imagine, de formulare a credinţei negative sau de creare de noi legături cu informaţii utile ale sistemului mnezic. În plus, s-a cerut clientului să se destindă între secvenţele de mişcări oculare până când nota SUD a revenit la nivelul anterior, procedură ce nu este utilizată în EMDR. Procedurile utilizate în acest studiu nu au eliminat fobia şi nici un efect particular nu a fost găsit pentru grupul cu mişcări oculare.

Studii clinice ale componentelor cu participanţi diagnosticaţi

Au fost patru studii ale componentelor controlate cu participanţi cu sindrom de stres post-traumatic, şi două studii în caare participanţii aveau declarate alte tulburări anxioase. Aceste studii au arătat că metoda EMDR cu mişcări oculare este leger superioară în eficienţă metodei EMDR modificate. Diferenţa nu e mereu suficientă pentru a fi considerată ca fiind semnificativă. De exemplu, Devilly, Spencer şi Rapee [30] au raportat procente de schimbare durabilă de 67% pentru grupul cu mişcări oculare, în raport cu 42% în grupul fără mişcări oculare. Rennfrey şi Spates [31] raportează o diminuare de 85% pentru grupul cu mişcări oculare şi de 57% în grupul fără mişcări oculare.

Din nefericire, aportul acestui studiu este redus de prezenţa unor grave dificultăţi. De exemplu, nu sunt decât şapte sau opt persoane per grup în studiul despre sindromul de stres post-traumatic făcut de Renfey şi Spates, acolo unde un număr mai ridicat de participanţi este cerut pentru obţinerea de rezultate semnificative (de exemplu, de la 30 la 40 de persoane peer grup) [32]. Participanţii din trei studii despre SSPT [33 34 35] erau veterani care nu au avut decât două şedinţe şi/sau un tratament pentru o singură amintire traumatică. O terapie făcută într-un mod atât de inadaptat aparent nu are nici un efect moderat şi va fi nevoie de alţi participanţi pentru a detecta posibile diferenţe între grupuri. Un studiu al componentelor bine conceput, cu un eşantion suficient de mare de pacienţi , rămâne de făcut pentru a evalua efectele tratamentului.

Studiul componentelor cu pacienţi similari

Studiile controlate făcute cu participanţi similari fără anxietate clinică nu au găsit nici un efect al mişcărilor oculare. Studii similare, utilizând în general studenţi fără patologie, pun numeroase probleme. Una dintre aceste dificultăţi, este că rezultatele au fost evaluate în raport cu eliminarea simptomelor, fără utilizarea procedurilor şi protocoalelor standard în EMDR: acestea au avut un efect omis sau redus [36], ceea ce a făcut dificilă interpretarea rezultatelor. Cea mai mare problemă este că toate procedurile EMDR vor să aibă rezultate pozitive. Cum ne putem aştepta la aşa ceva, participanţii similari au reacţionat toţi în egală măsură la EMDR fără mişcări oculare, pentru că procedurile conţineau în sine un anumit număr de elemente clinice eficiente. Cu alte cuvinte, nivelul de detresă sub-clinică a participanţilor similari a fost ameliorat cu tratamentul minimal, ceea ce face dificil de reperat diferenţele între grupuri.

În rezumat, când eliminăm o singură componentă în metoda clinică complexă, trebuie luată o populaţie diagnosticată şi susceptibilă la schimbări în intervalul de timp acordat pentru terapie, cum ar fi persoane cu sindrom de stres post-traumatic după un traumatism unic [37]. Utilizarea unui număr suficient de mare de subiecţi convenabili pentru studiu, prezentând un nivel destul de ridicat de detresă (ce nu reacţionează la placebo*), va permite obţinerea unui efect reperabil eliminând o singură componentă. Cum de altfel e adevărat pentru toate formele de psihoterapie, eliminarea unei singure părţi din procedurile EMDR nu elimină toate beneficiile clinice.

Studiile referitoare la acţiunea componentelor

Studiile referitoare la acţiunea componentelor diferă de alte tipuri de analiză a componentelor pentru că ele testează EMDR izolat. Ca regulă generală, în aceste studii pacientul face scurte secvenţe de mişcări oculare pentru a examina efectele asupra memoriei, emoţiilor, gândurilor şi credinţelor, sau asupra fiziologiei pacientului. Obiectivul lor este explorarea efectelor mişcărilor ochilor (fără restul procedurilor EMDR), comparând mişcările oculare cu condiţii de control ca acelea ale faptului de a se gândi la o imagine sau bătăile. De exemplu, îi putem cere unui participant să -şi reprezinte o imagine din memorie, să facem du-te-vino cu ochii săi timp de un scurt moment, apoi evaluau veridicitatea imaginii. Aceasta permite testarea pură a efectelor specifice ale mişcărilor oculare sau a absenţei lor, ridicând celelalte elemente ale EMDR despre care gândim că au efecte benefice.

Aceste studii se sprijină în general pe participanţi fără patologie, şi fiecare trece prin toate condiţiile experienţei (de exemplu, mişcările oculare şi bătăile). Sunt de asemenea foarte uşor de detectat diferitele reacţii la condiţii. Pe de altă parte, cum e

* Un placebo este un obiect pe care pacientul îl poate lua ca o formă de tratament, dar care se ştie că nu are nici un efect clinic pentru acea tulburare particulară (de exemplu, un comprimat de zahăr în locul unui medicament activ).

aceeaşi persoană care experimentează condiţiile, diferenţele observate pot fi raportate cu variaţia condiţiilor, şi nu ca diferenţe între indivizi (de exemplu, persoane diferite pot reacţiona diferit la aceeaşi condiţie).

Studiile referitoare la acţiunea componentelor au fost făcute în general de neuropsihologi şi de cercetători din domeniul memoriei care voiau să exploreze o ipoteză particulară. Făcând asta, cercetătorii au contribuit la aprofundarea înţelegerii mecanismului în joc alegând cu grijă condiţiile de control şi făcând legături între rezultatele lor şi alte domenii de interes. Vom găsi mai jos lista cu aceste studii iar ipotezele explorate de fiecare sunt pe scurt evocate în secţiunea ce urmează.

Studii randomizate care testează ipotezele despre mişcările oculare

Mai multe comitete de *Recomandare internaţională a bunei practici* au raportat că analizele clinice ale componentelor examinate de David şi Parker (2001) nu sunt corect construite (international Society for Traumatic Stress Studies/ISTSS; DoD/DVA). Davodson & Parker notează că mişcările oculare tind să devină semnificative atunci când studiile conduse pe populaţii clinice sunt examinate separat. Din nefericire, chiar dacă aceste studii sunt însoţite de erori metodologice. Aşa cum indică recomandările IATSS (Chemtob *et.al.*, 2000), aceste populaţii clinice nu urmaseră tratamentul destul de mult timp pentru a obţine principalele efecte în mod substanţial, ele nu conveneau deci pentru analiza componentelor. Cu toate acestea, cum indică directiva DoD/DVA*, mişcările oculare utilizate în EMDR au fost evaluate independent de numeroşi cercetători. Aceste studii au arătat efectele directe asupra emotivităţii, claritatea imaginilor, supleţei atenţiei şi asociaţiilor mnezice.

ANDRADE J., KAVANAGH D. & BADDELEY A. (1997), «Eye-movement and visual imagery: a working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder », *British Journal of Clinical Psychology* , 36, p. 209-223.

Acest articol a testat teoria memoriei de lucru. El declară mişcările oculare superioare condiţiilor de control pentru reducerea claritătii imaginilor şi emoţionalitate.

BARROWCLIFF A. L., GRAY N. S., FREEMAN T. C. A. & MACCULLOCH M. J. (2004), « Eye-movement reduce the vivdness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories», *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* , 15, p. 325-345.

Autorii testează modelul reflexului de reasigurare. Mişcările oculare sunt superioare condiţiilor de control pentru reducerea claritătii imaginilor şi emoţionalitate.

BARROWCLIFF A. L., GRAY N. S., MACCULLOCH S., FREEMAN T. C. A. & MACCULLOCH M. J. (2003), «Horizontal rhytmical eye-movement cosistently

* Directiva DoD/DVA: directivă de cercetare comună ministerelor apărării (Department of Defense) şi celui al veteranilor (Department of Veteran Affairs) (N.d.T.)

diminish the arousal provoked by auditory stimuli», *British Journal of Clinical Psychology* , 42, p. 289-302.

CHRISTMAN S. D., GARVEY K. J., PROPPER R. E. & PHANEUF K. A. (2003), «Bilateral exe movement enhance the retrieval of episodic memories», *Neuropsychology*, 17, p. 221-229.

Articol ce verifică teoriile activării corticale. Rezltatele sale coroborează indirect teoriile reacției orientării și a REM sugerate de Stickgold (2002). Mișcările oculare sacadate, contrar mișcărilor oculare de urmărire, sunt superioare condițiilor de control pentru rememorarea episodică.

KAVANAGH D. J., FREESE S., ANDRADE J. & MAY J. (2001), «Effects of visuospatial task on desensitization to emotive memories», *British Journal of Clinical Psychology*, 40, p. 267-280.

Articol ce testează teoria memoriei de lucru. Mișcările oculare sunt superioare condițiilor de control pentru reducerea, în timpul ședinței, a clarității imaginilor și emoționalității. Nicio diferență la o săptămână mai târziu.

KUIKEN D., BEARS M., MIALL D. & SMITH L. (2001-2002), «Eye movement desensitization reprocessing facilitates attentional orienting», *Imagination, Cognitin and Personality*, 21 (1), p. 3-30.

Articol cercetând verificarea teoriei reacției orientate în raport cu mecanisme de tip REM. Autorii arată cum condiția «mișcări oculare » este corelată cu o mai mare suplețe a atenției. Mișcările oculare sunt superioare condițiilor controlate.

SHARPLEY C. F., MONTGOMERY I. M. & SCALZO L. A. (1996), «Comparative efficacy of EMDR and alternative procedures in reducing the vividness of mintal images», *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 255, p. 37-42.

Rezultatele studiului abundă mai curând în sensul teoriei memoriei de lucru. Mișcările oculare sunt superioare condițiilor de control pentru reducerea clarității imaginilor. La diferența condițiilor de control, mișcările oculare reduc și emoționalitatea.

VAN DEN HOUT., MURIS P., SALEMINK E. & KINDT M. (2001), «Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements», *British Journal of Clinical Psychology*, 40, p-121-130.

Acest articol testează teoria autorilor conform căreia mișcările oculare schimbă percepțiile somatice care acompaniază faptul de a regăsi o amintire, ceea ce aduce o diminuare a afectului și în consecință a clarității amintirii. Mișcările oculare sunt superioare condițiilor de control pentru reducerea clarității imaginilor la diferența condițiilor de control, mișcările oculare reduc și emoționalitatea.

Alte evaluări neurobiologice

LAMPRECHT F., KOHNKE C., LEMPA W., SACK M., MATZE M. & MUNTE T. (2004), «Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder», *Neuroscience Research*, 49, p. 267-272.

LANSING K., AMEN D. G., HANKS C. & RUDY L. (în curs de apariție), «High resolution brain SPECT imaging and EMDR in police officers with PTSD», *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*.

LEVIN P., LAZROVE S. & VAN DER KOLK B. A. (1991), «What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) by eye movement desensitization and reprocesing (EMDR)», *Journal of Anxiety Disorder* , 13, p. 159-172.

VAN DER KOLK B. A., BURBRIDGE J. & SUZUKI J. (1997), «The psychobiology of traumatic memory. Clinical implications of neuroimaging studies», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, p. 99-113.

Care este rolul mişcărilor oculare în EMDR ?

În general se estimează că mişcările oculare, sau orice altă stimulare bilaterală a atenției, provoacă o reacție de orientare. Reacția de orientare este o reacție naturală de interes şi atenție care se produce atunci când atenția este atrasă de ceva nou. Există trei modele distincte pentru explicarea rolului reacției de orientare în EMDR: un model cognitiv sau de tratament al informațiilor [38] [39], un model neurobiologic [40] [41] [42] şi un model comportamental [43] [44]. Într-o oarecare măsură, aceste modele consideră fenomenul din puncte de vedere diferite.

Pentru Barrowcliff *et. al.* [45], orientarea, în EMDR, este de fapt un «reflex investigator» ce produce o reacție elementară care survine atunci când clientul îşi dă seama că nici un pericol nu trece peste el. Asociind această stare de relaxare a amintirii care era tulburătoare înainte, clientul se poate simți atunci mai puțin în detresă. Acest proces este cunoscut sub numele de inhibiție reciprocă.

Alții avansează ideea că reacția de orientare poate să rupă rețeaua mnezică traumatică, tăind legăturile anterior stabilite cu emoții negative şi permițând integrarea de noi informații. Kuiken, Bears, Miall şi Smith [46] au făcut un studiu despre teoria răspunsului de orientare; ei au descoperit că mişcările oculare sunt legate cu o mai mare suplețe de atenție. Este la fel de posibil ca reacția de orientare să stimuleze mecanismele neurobiologice, acelea care activează amintirile episodice şi le integrează în memoria semantică corticală[47]. Această teorie a găsit recent un suport experimental [48]. Alte cercetări sunt necesare pentru a testa această ipoteză.

Mai multe studii [49] [50] [51] arată că mişcările oculare şi alți stimuli afectează percepția amintirii țintite, şi slăbeşte claritatea imaginii şi emoțiile care sunt legate de ea. Au fost propuse două mecanisme pentru explicarea efectului pe care-l produce în

eficacitatea terapiei EMDR. Kavanagh *et. al.* [52] avansează ipoteza că mişcările oculare întrerup memoria de lucru, reduc astfel claritatea, şi că se obţine deci şi o emoţionalitate redusă. Van den Hout *et. al.* [53] sugerează că mişcările oculare modifică senzaţiile corporale care acompaniază amintirile regăsite, şi care produc o reducere a afectului şi a claritătii.

Găsim descrieri detaliate ale acestei ipoteze şi sugestii de investigare în: SHAPIRO F., *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedure*, New York, Guilford (ediţia a II-a).

Este totuşi important de amintit că EMDR este o terapie cu multiple faţete, care cuprinde numeroase elemente active dincolo de stimularea bilaterală. Pentru discuţii globale asupra temei, vezi lucrarea citată mai sus şi următoarea: SHAPIRO F. (dir.) (2002), *EMDR as an Integrativ Psychotherapy Approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, Washington D. C., American Psychological Association Books.

NOTE

---

[1] A. De Jongh, E. Ten Broeke, M. R. Renssen, «Treatment of specific phobias with eye movement desensitizationand reprocesing (EMDR): Protocol, emoirical status, and conceptual issues» *Journal of Anxiety Disorder* , 13, 1999, p. 69-85.

[2] A. De Jongh,H. J. M. Van Den Oord, E. Ten Broeke, «Efficacy of eye movement desensitizationand reprocesing (EMDR) in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia» *Journal of Clinical Psychology*, 58, 2002, p. 1489-1503.

[3] I. Marks, K. Lovell, H. Noshrivani, M. Livanou, S. Thrasher, «Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring», *Archives of General Psychiatry*, 55, 1998, p. 317-325.

[4] P. Muris, H. Merckelbach, «Treating spider phobic with eye movement desensitizationand reprocesing: A controlled study», *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* , 25, 1997, p. 39-50.

[5] P. Muris, H. Merckelbach, H. Van Haaften, B. Nayer, «Eye movement desensitizationand reprocesing versus exposure in vivo», *British Journal of Psychiatry*, 171, 1997, p. 82-86.

[6] P. Muris, H. Merckelbach, I. Holdrinet, M. Sijsenaar, «Treating phobic children: Effects of EMDR versus expusure», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 66, 1998, p. 193-198.

[7] F. Shapiro, « Eye movement desensitization and reprocesing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical research implications of an integrated psychotherapy treatment», *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 1999, p. 35-67.

[8] Vezi nota 1.

[9] U. Feske, A. Goldstein, « Eye movement desensitizationand reprocesing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 36, 1997, p. 1026-1035.

[10] U. Feske, A. Goldstein, « Eye movement desensitizationand reprocesing for panic disorder: A case series», *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 1994, p. 351-362.
[11] Vezi nota 9.
[12] A. J. Goldstein, E. De Beurs, D. L. Chambless, K. A. Wilson, «EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting-list and credible attention-plącebo control condition», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 68, 2000, p. 947-956.
[13] F. Shapiro, *Eye Movement Desensitization and Reprocesing: Basic principles, protocols, and procedures*, New York, Guilford, 2001, ediția a II-a, p. 362-363.
[14] F. Shapiro, *Eye Movement Desensitization and Reprocesing: Basic principles, protocols, and procedures*, New York, Guilford, 1995.
[15] F. Shapiro, «Eye movement *desensitisation:* A new treatment for post-traumatic stress disorder», *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 1989, p. 211-217.
[16] F. Shapiro, «Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories», *Journal of Traumatic Stress*, 2 (2), 1989, p. 199-223.
[17] Vezi nota 15.
[18] Vezi nota 16.
[19] J. S. Antrobus, J. Singer, «Eye movement, and non-visual cognitive tasks», *în* V. Zikmund (dir.), *The Oculomotor Ssystem and Brain Function,* Londra, Butterworths, 1973, p. 354-368.
[20] J. S. Antrobus, J. Singer, «Eye movement, accompanying daydreams, visual imagery, and thought suppression», *Journal of Abnormal and Social Psychology* ,69, 1964, p. 244-252.
[21] C. M. Chemtob, D. F. Tolin, B. A. van der Kolk, R. K. Pitman, « Eye movement desensitization and reprocesing. , *în* E. A. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman (dir.) *Effective Treatment for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies,* New York, Guilford, 2000.
[22] A. E. Kazdin, «methodology, design, and evaluation in psychotherapy research», *în* A. E. Bergin, S. L. Garfield, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley1994, ediția a IV-a, p. 19-71.
A. E. Kazdin, *Research Design in Clinical Psychology* , Needham Heights (Mass.), Allyn & Bacon, 1998, (ediția a III-a).
A. E. Kazdin, D. Bass, «Power to detect differences between alternative treatment in comparative psychotherapy outcome research», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 57, 1989, p. 138-147.
[23] Vezi nota 21.
[24] J. Wolpe, *The Practice of Behavior Therapy*, New York, Pergamon Press, 1990, ediția a IV-a.
[25] P. R. Davidson, K. C. H. Parker, «Eye movement desensitization and reprocesing (EMDR): A meta-analysis» *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 69, 2001, p. 305-316.
[26] R. W. Montgomery, T. Ayllon, « Eye movement desensitization across subject: Subjective and physiological measure of treatment efficacy» *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 1994, p. 217-230.

[27] J. M. Lohr, D. Tolin, R. A. Kleinknecht, «An intensive investigation of eye movement desensitization of medical phobias», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 1995, p141-151.

[28] J. M. Lohr, D. Tolin, R. A. Kleinknecht, «An intensive investigation of eye movement desensitization of claustrophobia», *Journal of Anxiety Disorder*, 10, 1996, p. 73-88.

[29] R. Acierno, G. Tremont, C. Last, D. Montgomery, «Tripartite assessment of the efficacy of eye-movement desensitizazion in a multifobic patient», *Journal of Anxiety Disorder*, 8, 1994, p. 259-276.

[30] G. J. Devilly, S. H. Spencer, R. M. Rapee, «Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocesing: treating trauma with a veteran population», *Behavior Therapy*, 29, 1998, p. 435-455.

[31] G. Renfrey, C. R. Spates, «Eye movement desensitization and reprocesing: A partial dismantling procedure», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 1994, p. 231-239.

[32] Vezi nota 22.

[33] Vezi nota 30.

[34] P. A. Boudewyns, L. A. Hyer, «Eye movement desensitization and reprocesing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD)», *Clinical Psychology an Psychotherapy* , 3, 1996, p. 185-195.

[35] R. K. Pitman, S. P. Orr, B. Altman, R. E. Longpre, R. E. Poire, M. L. Macklin, «Emotional processing during eye movement desensitization and reprocesing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder», *Comprehensive Psychiatry*, 37, 1996, p. 419-429.

[36] M. H. Carrigan, D. J. Levis, «The contribution of eye movement to the efficacy of brief exposure treatment for reducing fear of public speaking», *Journal of Anxiety Disorder*, 13, 1999, p. 101-118.

A. Sanderson, R. Carpenter, « Eye movement desensitization versus image confrontation: A single-session crossover study of 58 phobic subjects», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 1992, p. 269-275.

Nu există decât două exemple de analiză a componentelor făcute cu populaţie sub-clinică. Pentru o descuţie generală asupra acestui tip de analize şi parametrii propuşi pentru cercetare, vezi F. Shapiro, *Eye Movement Desensitization and Reprocesing: Basic principles, protocols, and procedures*, New York, Guilford, 2001.

[37] Vezi nota 21.

[38] J. Andrade, D. Kavanagh, A. Baddeley, «Eye-movement and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder», B*ritish Journal of Clinical Psychology*, 36, 1997, p. 209-223.

[39] H. Lipke, *EMDR and Psychotherapy Integration*, Boca Raton (Florida), CRC Press, 2000.

[40] U. Bergmann, «Further thoughts on the neurobiology of EMDR: The role of the cerebellum in accelerated information processing», T*raumatology*, 6, 2000.

[41] D. Servan-Schreiber, «Eye movement desensitization and reprocessing: Is psychiatry missing the point ?», *Psychiatric Times*, 17, 2000, p. 36-40.

[42] R. Stickgold, «EMDR: A putative neurobiological mechanism of action», *Journal of Clinical Psychology* , 58, 2002, p. 61-75.

[43] M. S. Amstrong, K. vaughan, «An orienting response model of eye movement desensitization», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1996, p. 21-32.

[44] M. J. MacCulloch, P. Feldman, «Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: A theoretical analysis», B*ritish Journal of Psychiatry*, 169, 1996, p. 571-579.

[45] A. L. Barrowcliff, N. S. Gray, T. C. A. Freeman, M. J. MacCulloch, «Eye-movement reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with nnegative autobiographical memories», *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, (în curs de apariție).

A. L. Barrowcliff, N. S. Gray, T. C. A. Freeman, M. J. MacCulloch, «Horizontal rhytmical eye-movement consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli», *British Journal of Clinical Psychology* , 42, 2003, p. 289-302.

[46] D. Kuiken, M. Bears, D. Miall, L. Smith, « Eye movement desensitization and reprocessing facilitates attentional orienting», *Imagination, Cognition and Personality*, 21, 1, 2001-2002, p. 3-30.

[47] Vezi nota 42.

[48] S. D. Christman, K. J. Garvey, R. E. Propper, K. A. Phaneuf, «Bilateral eye movement enhance the retrieval of episodic memories», *Neuropsychology*, 17, 2003, p. 221-229.

[49] Vezi nota 38.

[50] D. J. Kavanagh, S. Freese, J. May, «Effects of visuospatial task on desensitization to emotive memories», *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 2001, p. 267-280.

[51] M. van den Hout, P. Muris, E. Salemink, M. Kindt, «Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movement», *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 2001, p. 121-130.

[52] Vezi nota 50.

[53] Vezi nota 51.

Despre autori

Francine Shapiro este psiholog. Ea a descoperit şi dezvoltat EMDR. Este cercetătoare la Mintal Research Institut din Palo Alto. Este şi fondatoarea şi preşedinte de onoare a programului de asistenţă umanitară, asociaţie cu scop non lucrativ ce coordonează intervenţii la locurile catastrofelor şi formarea gratuită în lumea întreagă. Doctorul Shapiro a fost numită membru al «grupului de experţi» al iniţiativei comune pentru conflictele etno-politice, fondată de American Psychological Association şi Canadian Psychological Association. Ea a sfătuit numeroase organizaţii de tratament şi asistenţă a victimelor traumatismelor. Este autoarea a trei cărţi despre EMDR: *Eye Movement Desensitization and reprocesing* (Guilford Press), EMDR (Basic Books) *şi EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach* (American Psychological Association Books). A primit premiul internaţional Sigmund-Freud al oraşului Viena pentru contribuţia sa eminentă la psihoterapie, şi Distinguished Scientific Achievement in Psychology Award* al Asociaţiei Psihologilor din California.

Margot Silk este scriitoare şi editoare. Ea a fondat o organizaţie umanitară, The Healing Woman.

* Premiu pentru încununarea unei opere ştiinţifice eminente în domeniul psihologiei. (N.d.T.)

Cuprins

Prefață la ediția franceza de David Servan-Schreiber / 6
Introducere la ediția franceza / 9
1. Drumul spre descoperire / 25
2. Fundamentele / 35
3. Spiritul şi sabia: moştenirea tragică a războiului / 51
4. Travaliul terapeutic: aducerea la zi a suferințelor ascunse / 67
5. Numeroasele fețe ale fricii: fobii şi crize de angoasă / 81
6. Teroarea care bântuie în noapte tulburări de somn şi traumatisme ale copilăriei / 101
7. Legături care întemnițează: tulburările de ataşament / 119
8. A vindeca ravagiile violului / 137
9. De la tristețe la pace / 153
10. Adicția / 175
11. Ultimul prag: a face față bolii, handicapului şi morții / 197
12. Viitorul: obiectivele globale ale EMDR / 215
Anexa A În jurul EMDR / 233
Anexa B Rapoarte ale unor cazuri clinice EMDR / 237
Anexa C EMDR: descoperiri făcute de cercetarea traumatismelor şi alte lecturi / 249
Anexa D Cercetări recente şi puncte de controversă / 259
Despre autori / 271
Index / 273